



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA ÉTICA
DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
UMA TEORIA EXPLICATIVA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por
Maria Susana França e Sousa Pacheco

Instituto de Ciências da Saúde

Maio 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA ÉTICA
DOS
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM
UMA TEORIA EXPLICATIVA**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Maria Susana França e Sousa Pacheco

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Maria Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Maio 2011

À minha mãe, em sua memória, pelo exemplo e valores que me ajudou a desenvolver

Ao meu pai, pela força, coragem, apoio e ensinamentos

Ao António, pelo amor, companhia, ajuda e compreensão

À Sílvia, ao André e ao Luís por estarem presentes nos momentos mais difíceis

O meu agradecimento

À Professora Doutora Margarida Maria Vieira

Por ter acreditado em mim e pela orientação

À Universidade Católica Portuguesa

Por me ter proporcionado uma aprendizagem tão enriquecedora

À Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores

Pelas facilidades proporcionadas para a elaboração deste estudo

Aos colegas

Por toda a colaboração, apoio e incentivo

Aos estudantes

Pela disponibilidade sempre demonstrada

Aos participantes no estudo

Pela forma voluntária e entusiasmada como colaboraram

Aos amigos

Pelo apoio e pela amizade nos bons e nos maus momentos

À Cidália e à Paula

Por estarem sempre disponíveis e pelo apoio nos momentos mais difíceis deste percurso

RESUMO

A enfermagem é uma profissão que exige conhecimentos próprios, sólidos, profundos e actualizados e a adequação constante dos cuidados a cada pessoa, num determinado momento e num dado contexto. Deste modo, os enfermeiros têm de desenvolver competências, de forma a mobilizarem os recursos de que dispõem e a prestarem cuidados adequados perante situações únicas e imprevisíveis.

A competência ética é fundamental, uma vez que a responsabilidade e o respeito pelo outro estão na base de cuidados seguros e adequados.

Este estudo, realizado com os estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores, teve por objectivo compreender como se desenvolve a sua competência ética ao longo do Curso de Licenciatura e desenvolver uma teoria explicativa, pelo que se usou como método a *grounded theory*.

O relatório é constituído por cinco capítulos. No primeiro, salienta-se a pertinência do tema, tendo em conta dois aspectos: a necessidade e a importância do desenvolvimento da competência ética em enfermagem e a escassez de estudos do género, comprovada pela literatura existente e pelo “actual estado da arte”. No segundo, é referido o caminho metodológico, mencionando-se o tipo de estudo e método, os participantes envolvidos, os instrumentos utilizados e algumas considerações éticas a ter em conta. O terceiro capítulo consta da apresentação e discussão dos resultados e o quarto do desenvolvimento da teoria. No quinto capítulo são feitas as conclusões e apresentadas algumas sugestões.

Conclui-se que a competência ética se vai desenvolvendo gradualmente ao longo do curso, seguindo geralmente um determinado padrão, o que depende de variados factores, nomeadamente: os conhecimentos adquiridos, os debates sobre situações reais, as experiências ao longo do curso, os contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos e o tipo de orientação. Estes factores tanto podem ser facilitadores como inibidores da identificação do problema, reflexão, tomada de decisão e acção. Por exemplo, o tipo de orientação é fundamental, na medida em que enquanto alguns professores/orientadores são facilitadores do desenvolvimento dos estudantes – proporcionando tempo e espaços de debate e ajudando-os na reflexão, tomada de decisão e acção –, outros dão prioridade às técnicas e procedimentos e demonstram uma maior preocupação com o desempenho dos estudantes a esse nível.

Um aspecto fundamental e muito referido pelos participantes é o facto de o seu estatuto de estudantes actuar como factor inibidor da acção pela falta de poder que sentem, por serem geralmente considerados como estranhos pelas equipas e pela insegurança ainda sentida, sobretudo em situações inesperadas e imprevisíveis.

ABSTRACT

Nursing is a profession that requires proper, solid, deep and constantly updated knowledge and a permanent adequacy of care to each person at a given moment and a given context. Thus, nurses must develop skills in order to mobilize the resources available to them and provide appropriate care in unique and unpredictable situations.

The ethical competence is essential, since the responsibility and respect for others are the basis of safe and competent nursing care.

This research, conducted with students from Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores aimed to understand how their ethical competency evolves during the baccalaureate program and to develop an explanatory theory, using grounded theory as method.

The report consists of five chapters. In the first, we stress the relevance of the topic, taking into account two aspects: the necessity and importance of the development of ethical competence in nursing, and dearth of studies in the area, as evidenced by the (non)existent literature and the "current state of the art". In the second, methodological approach is described, mentioning the study type and method, the partakers involved, the instruments used and some ethical considerations to be taken into account. The third chapter is the presentation and discussion of results and the fourth chapter focuses in the development of the theory. In the fifth chapter conclusions and some suggestions are made.

We conclude that ethical competence is gradually developed over the program, is unique and depends on various factors, namely: knowledge, discussions about real situations, experiences along clinical learning, contexts in which clinical placements take place and the type of supervision. These factors can function both as facilitators and as inhibitors of problem identification, reflection, decision making and action. For instance, the type of guidance is essential, since that while some teachers/tutors are facilitators of students development – providing time and space for debate and helping students in decision making and action –, others give priority to techniques and procedures and show a greater concern for students performance at that level.

An essential issue often stated by the partakers in the study is that their status as students acts as a factor inhibiting the action, due to the lack of power they feel, to the fact of being usually considered as strangers by the teams and also because of the insecurity experienced, mainly in unexpected and unpredictable situations.

ÍNDICE GERAL

| | Página |
|--|--------|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 SOBRE A COMPETÊNCIA ÉTICA E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM | 8 |
| 1.1.1 Da transmissão de conhecimentos ao desenvolvimento de competências | 8 |
| 1.1.2 Desenvolvimento da competência em enfermagem | 15 |
| 1.1.3 Necessidade do desenvolvimento da competência ética em enfermagem | 18 |
| 1.2 PROBLEMÁTICA, CONCEITOS CENTRAIS E OBJECTIVOS DO ESTUDO | 29 |
| 1.3 REFERÊNCIAS | 40 |
| 2. CAMINHO METODOLÓGICO | 49 |
| 2.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODOS | 51 |
| 2.2 PARTICIPANTES | 55 |
| 2.3 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO | 58 |
| 2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 59 |
| 2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS | 60 |
| 2.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS | 65 |
| 2.7 REFERÊNCIAS | 82 |
| 3. DA INFORMAÇÃO AOS RESULTADOS | 85 |
| 3.1 OS CONTEXTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS | 87 |
| 3.1.1 Os espaços físicos | 87 |
| 3.1.2 A interacção | 90 |
| 3.2 O EMERGIR DOS RESULTADOS | 92 |
| 3.2.1 Percepção do problema ético | 93 |
| 3.2.2 Raciocínio dos estudantes perante problemas éticos identificados | 108 |
| 3.2.3 Relação entre a reflexão e tomada de decisão dos estudantes e a fase de aprendizagem em que se encontram | 121 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.4 Factores que influenciam a análise, reflexão e tomada de decisão | 126 |
| 3.2.5 Congruência entre a reflexão e acção dos estudantes | 130 |
| 3.3 REFERÊNCIAS | 137 |
| 4. A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA ÉTICA | 139 |
| 4.1 REFERÊNCIAS | 160 |
| 5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES | 165 |
| BIBLIOGRAFIA | 177 |
| ANEXOS | 191 |
| ANEXO I – Pedido de autorização à Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores | |
| ANEXO II – Pedido de autorização ao Hospital do Divino Espírito Santo | |
| ANEXO III – Modelo de declaração de consentimento dos participantes | |
| ANEXO IV – Guião de observação | |
| ANEXO V – Modelo de vinhetas | |
| ANEXO VI – Guião de entrevista | |
| ANEXOS EM SUPORTE DIGITAL | |
| Segmentos de textos das vinhetas codificados no programa MAXQDA | |
| Segmentos de textos das entrevistas, relatos e observações codificados no programa MAXQDA | |

| | |
|--|-----|
| da competência ética nos estudantes | 143 |
| Figura 21 – Esquema da relação entre o contexto, o processo e as consequências | 144 |
| Figura 22 – Esquema do processo de desenvolvimento da competência ética nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem | 158 |

1.INTRODUÇÃO

Na actualidade, os enfermeiros vêem-se confrontados cada vez mais frequentemente com situações novas, diferentes, por vezes de difícil solução e, portanto, caracterizadas pela sua imprevisibilidade e incerteza, o que decorre de vários factores.

A ciência e as tecnologias têm evoluído de tal modo que constantemente surgem novas formas de tratamento, por vezes muito sofisticadas e envolvendo alguns riscos, o que exige dos enfermeiros conhecimentos, actualizações quase permanentes e o desenvolvimento de competências para fazer face a esta nova realidade e a tudo o que ela implica ^{(1) (2) (3)}.

A mobilidade geográfica é cada vez mais facilitada e tem vindo a aumentar à medida que cresce o número de países que aderem à União Europeia; consequentemente, os enfermeiros devem ser capazes de adaptar-se a diferentes contextos e realidades e de cuidar de pessoas oriundas de culturas diferentes e com convicções também, por vezes, muito peculiares ⁽²⁾.

A profissão de enfermagem goza actualmente de uma grande autonomia e, apesar de os enfermeiros desempenharem variadas funções interdependentes¹, as suas intervenções são, na maioria, autónomas².

A sociedade dos nossos dias espera dos enfermeiros cuidados de saúde seguros e com qualidade ⁽⁴⁾.

¹ De acordo com o ponto 3, artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), consideram-se interdependentes as acções realizadas em conjunto com outros técnicos para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos em equipa multidisciplinar e de prescrições ou orientações previamente formalizadas ⁽⁴⁴⁾.

² De acordo com o ponto 2, artigo 9º do mesmo documento, consideram-se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade ⁽⁴⁴⁾.

Assim, a realidade com que os enfermeiros de hoje se deparam é muito diferente da de há alguns anos atrás em que as situações eram relativamente previsíveis, os tratamentos eram pouco diversificados, geralmente simples e sem envolver grandes riscos, a mobilidade geográfica era pouco frequente – e, na maior parte das vezes, mesmo nula –, os enfermeiros dependiam dos médicos na maior parte das acções que realizavam e a sociedade esperava deles apenas que fossem simpáticos, obedecessem às ordens dos médicos e executassem correctamente algumas técnicas ^{(5) (6) (7) (8) (9) (10)}.

Além disso, cada pessoa é um ser único, singular e irrepetível, com experiências de vida próprias e com reacções diferentes de todas as outras, pelo que cada situação é também única e nunca poderá ser resolvida de forma estandardizada, o que implica a necessidade de uma correcta gestão e mobilização de diversos recursos perante casos concretos e singulares. Consequentemente, torna-se hoje imprescindível que os enfermeiros tenham competência, de modo a prestarem cuidados adequados a cada pessoa e em diferentes situações, momentos, contextos e realidades ^{(2) (3)}.

Deste modo, os enfermeiros não se podem limitar a prestar cuidados idênticos a pessoas com patologias similares nem a aplicar simplesmente planos de cuidados tipo, de acordo com os diagnósticos feitos pela enfermagem. Neste sentido, é fundamental que sejam capazes de prestar cuidados personalizados e apropriados em cada caso particular, ou seja, de gerir os mesmos de modo a que tenham qualidade, sejam eficazes e conduzam à satisfação dos clientes ³, das famílias e da sociedade em geral ⁽¹¹⁾, já que, conforme se lê também na alínea b) do artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” ⁽¹²⁾.

Assim sendo, a formação não se pode limitar a traçar os caminhos e os procedimentos a seguir, na medida em que é ao enfermeiro que cabe a iniciativa de fazer as escolhas mais adequadas. Logo, o ensino de enfermagem não se poderá limitar a uma mera transmissão de conhecimentos e a um treino de técnicas, rotinas e destrezas uma vez que, isoladamente, não são suficientes para o correcto desempenho da actividade profissional, o que se pode comprovar pelo facto de nos

³ A utilização do termo cliente está relacionada com o facto de, como refere a Ordem dos Enfermeiros, as pessoas passarem a ter um papel activo no processo de cuidados, entendendo-se “cliente” como “aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economista, paga” ^(20 p. 4).

apercebermos, frequentemente, de que pessoas com uma formação aparentemente sólida à partida apresentam, muitas vezes, dificuldades de adaptação ao desempenho profissional. Estas dificuldades advêm da complexidade dos problemas com que se deparam e, provavelmente, também de alguma falta de capacidade para seleccionar e utilizar os conhecimentos certos e outros recursos de que podem dispor. É, efectivamente, um facto comprovado, bastante evidente e observado na prática que os estudantes de enfermagem, considerados teoricamente possuidores de conhecimentos, revelam com alguma frequência uma enorme dificuldade em integrá-los e mobilizá-los perante situações reais quando se encontram em ensino clínico ⁽²⁾ ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾.

Desta forma, o ensino em enfermagem deve, tal como preconizado por Bolonha, envolver activamente os estudantes no processo ensino/aprendizagem, a fim de desenvolverem a competência necessária, entendida como a capacidade de mobilizar e integrar todos os recursos para agir eficazmente num determinado tipo de situação, com base em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾.

Os estudantes de enfermagem deverão ser capazes, portanto, de no final do curso utilizar, integrar e mobilizar uma série de recursos, nomeadamente os conhecimentos complementados com a capacidade de reflectir, argumentar, raciocinar e ainda aptidões relacionais, espírito crítico, criatividade e outros. Nesta linha de pensamento, G. Le Boterf defende que a competência é da ordem do saber mobilizar e que, portanto, não reside nos recursos mas na sua correcta mobilização ⁽¹⁵⁾.

C. Sini-Bertholet também define competência como a capacidade de resolver problemas novos e imprevistos de modo a encontrar o comportamento mais adequado e mais justo possível numa situação contextual específica. Acrescenta que a competência exige a capacidade de integrar múltiplos saberes, fazendo, portanto, uma clara referência à importância de uma correcta mobilização de recursos ⁽¹³⁾. Por este motivo, tem de haver da parte dos responsáveis pela formação na área da enfermagem a preocupação de motivar e ajudar os estudantes, no sentido de desenvolverem outras capacidades para além dos conhecimentos e das técnicas ⁽¹¹⁾ ⁽¹⁹⁾.

Considerando que os estudantes de enfermagem no final do curso pretendem ser enfermeiros, as competências necessárias a desenvolver gradualmente nos mesmos deverão ser, no final do curso de enfermagem, idênticas àquelas que se irão

exigir posteriormente a qualquer enfermeiro de cuidados gerais e sistematizadas pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em três domínios:

- **prática profissional ética e legal:** responsabilidade, prática segundo a ética e prática legal;
- **prestação e gestão de cuidados:** prestação de cuidados (promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relações interpessoais) e gestão de cuidados (ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão);
- **desenvolvimento profissional:** valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua. ^(20 p. 16)

Sem pretender de modo algum desvalorizar a importância de qualquer um dos domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros – uma vez que se complementam e a sua exigência é muito importante para uma verdadeira excelência dos cuidados – defende-se que a competência ética é fundamental e o pilar de todas as outras, tendo em conta que os cuidados de enfermagem acontecem sempre entre pessoas. Assume-se esta posição por se considerar que a competência ética ajuda o enfermeiro a compreender que tem o dever de:

- ser responsável pelos seus actos e pelas consequências dos mesmos;
- desempenhar as suas funções com preocupação e respeito pela Deontologia e pela Lei;
- ter um bom desempenho na prestação e gestão dos cuidados;
- ter interesse em valorizar-se profissionalmente;
- contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro é uma pessoa com um quadro de valores próprio que cuida de outras pessoas, também elas com os seus valores, crenças, sentimentos e emoções únicas e singulares. Por isso, deve agir sempre no respeito pelas diferenças e pela singularidade de cada pessoa, pelo que não se pode pautar apenas pelo estrito cumprimento das normas e deve ter a preocupação de adoptar sempre um comportamento ético^{4 (1) (2) (10)}.

⁴ Tendo em conta que os comportamentos são manifestações, observáveis, de uma decisão tomada pelo sujeito e as atitudes predisposições para responder a estímulos com um determinado tipo de respostas, importa então enfatizar que, ao intervirmos nas atitudes, estamos indirectamente a influenciar os comportamentos. As atitudes estão mais relacionadas com o pensamento e julgamento que fazemos do que nos rodeia, enquanto os comportamentos são mais do âmbito da acção. Existem várias formas de expressão das

Nesta linha de pensamento, no ensino de enfermagem, sem nunca esquecer o importante contributo de cada uma das áreas, deve ser dada uma atenção especial e continuada no sentido de promover o interesse, a motivação, o crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento da competência ética dos estudantes. Sendo assim, os professores de enfermagem têm mais motivos que a maioria para educar o ideal ético nos estudantes, até porque a enfermagem é intensamente íntima e toca as pessoas nos momentos das suas vidas em que estão mais vulneráveis ^{(3) (21)}.

É neste enquadramento que se torna fundamental um estudo no sentido de compreender como se desenvolve a competência ética dos estudantes de enfermagem.

Assim, as principais motivações para estudar a temática da competência ética dos estudantes de enfermagem foram: (i) o exercício da enfermagem durante praticamente dez anos em meio hospitalar, que permitiu perceber a existência e a frequência de problemas éticos e a necessidade de decisões adequadas perante os mesmos; (ii) a experiência de cerca de vinte anos no ensino, que permitiu compreender a importância de ajudar os estudantes a saberem decidir e agir e como é difícil ensinar a pensar; (iii) a orientação de estudantes nos ensinamentos clínicos de medicina e cirurgia, onde os mesmos são confrontados frequentemente com problemas éticos e com a necessidade de tomar decisões e agir; (iv) a titularidade e a regência de várias unidades curriculares de ética, acrescida da responsabilidade de se ter dado início às referidas disciplinas no local de trabalho, o que conduziu a uma visão mais atenta e a uma maior preocupação com a importância destas questões; (v) a consciencialização e o reconhecimento de que a competência ética é fundamental para um exercício da profissão de enfermagem que responda cabalmente à missão que lhe está atribuída e ao compromisso social que assume, protegendo e promovendo a dignidade das pessoas; e (vi) a consciência de que só compreendendo como se desenvolve a competência ética dos estudantes, se poderá intervir

atitudes: cognitivas (pensamentos, ideias, opiniões, crenças); afectivas (emoções e sentimentos) e comportamentais. Uma das características das atitudes é a sua acessibilidade, ou seja, a probabilidade de serem activadas automaticamente da memória quando a pessoa se encontra com o objecto de atitude. Esta dimensão das atitudes está associada à sua força, à forma como foram aprendidas e à frequência com que são utilizadas pela pessoa. Quando há uma atitude que usamos raramente, o tempo de acesso à posição que tomamos perante a situação é mais lento do que o de uma atitude com a qual já tivemos de nos confrontar mais vezes ou que adquirimos por experiência directa ⁽⁸⁹⁾.

futuramente de modo a melhorar o processo ensino/aprendizagem e, consequentemente o desempenho dos enfermeiros como pessoas que cuidam de outras pessoas.

1.1 SOBRE A COMPETÊNCIA ÉTICA E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Este subcapítulo tem como principal objectivo proceder ao enquadramento da competência ética em enfermagem e à consequente necessidade do seu desenvolvimento ao longo do curso de licenciatura. Neste sentido, começa-se por fazer algumas referências sobre o caminho percorrido e a percorrer no ensino em geral, relativamente à passagem de uma mera transmissão de conhecimentos para uma participação mais activa dos estudantes no seu processo de aprendizagem. Seguidamente, passa-se a uma reflexão sobre a competência em enfermagem, para depois reflectir mais pormenorizadamente sobre a importância da competência ética em particular e da formação ética dos futuros profissionais de enfermagem, justificando e argumentando a posição assumida.

1.1.1 Da transmissão de conhecimentos ao desenvolvimento de competências

A principal finalidade do ensino continua a ser, frequentemente, transmitir aos estudantes os conhecimentos considerados como mais importantes, o que acontece ainda nos nossos dias e em todos os tipos e graus de ensino. O professor é, geralmente, olhado como aquele que sabe e os estudantes limitam-se muitas vezes a aceitar passivamente os conteúdos que aquele transmite, porque “o professor ensina e os alunos devem apenas aprender”. Esta situação ainda é comum também a nível do ensino superior, em que a preocupação central continua a ser, essencialmente, fornecer aos estudantes conhecimentos específicos em cada curso, considerados fundamentais para o futuro desempenho no mercado de trabalho ^{(22) (23)}.

A organização do ensino descrita aqui muito sumariamente era, provavelmente, adequada no contexto em que se vivia até há algum tempo atrás, uma vez que

praticamente tudo era previsível. Por exemplo, para uma determinada profissão sabia-se que era necessária uma certa formação e a pessoa devia possuir conhecimentos específicos, no sentido de solucionar, resolver, decidir perante situações, de certa forma, esperadas e idênticas a outras já vivenciadas. Estes conhecimentos eram considerados suficientes porque os problemas eram similares no seu quotidiano, as tecnologias mantinham-se mais ou menos as mesmas, as alternativas eram poucas e as soluções eram, de um modo geral, relativamente simples, como já foi dito anteriormente.

Além disso, a mobilidade entre os vários países e também entre as várias cidades ou regiões não era comum e, portanto, normalmente formavam-se pessoas para um mercado de trabalho limitado muitas vezes a uma realidade específica e a um determinado tempo e espaço.

Com os avanços científicos e tecnológicos e uma simultânea mobilidade geográfica muito mais facilitada, começa a verificar-se que, muitas vezes, os “bons alunos” – considerados como aqueles que conseguem boas notas e terminar os cursos com médias elevadas – ao se defrontarem com o mercado de trabalho apresentam sérias dificuldades de adaptação, sobretudo por lhes ser muito difícil utilizar os conhecimentos adquiridos e mobilizá-los perante novas realidades e situações. De facto, a experiência mostra, muitas vezes, que pessoas com conhecimentos ou capacidades não sabem mobilizá-los de forma adequada e na altura certa em determinadas situações concretas de trabalho ^{(14) (15) (24)}.

De um modo geral, o ensino ainda está muito voltado para a transmissão de conhecimentos teóricos e técnicos que são colocados à disposição dos estudantes; porém, os de hoje têm de estar preparados para, quando forem profissionais, serem capazes de avaliar as situações, compreender determinados fenómenos, utilizar de modo adequado os conhecimentos e outros recursos, fazer escolhas, argumentar, enfrentar casos novos, correr riscos, elaborar propostas ou tomar decisões. Para isso, torna-se necessário que participem como sujeitos activos em todo o processo ensino/aprendizagem, de modo a desenvolverem a sua autonomia e a serem responsáveis pelas suas acções e consequências das mesmas ^{(3) (24)}.

Na verdade, os estudantes da actualidade também devem estar aptos a utilizar e adaptar os seus conhecimentos a novas realidades e situações, em diferentes espaços, culturas e países, uma vez que as mudanças a nível científico e tecnológico acontecem de forma vertiginosa e a mobilidade entre os vários países também é cada

vez mais facilitada (como já foi enfatizado) e reconhecida como enriquecedora. Actualmente, com a crescente mundialização da economia e globalização dos mercados de trabalho, é cada vez mais prioritário desenvolver as capacidades criativas e de tomada de decisão para responder eficazmente às diversas solicitações profissionais ^{(2) (24)}.

A Declaração de Bolonha, assinada em 19 de Junho de 1999 pelos Ministros da Educação de vinte e nove países europeus, teve como principal finalidade a criação do espaço europeu do ensino superior, com um sistema de graus comparáveis entre si, de modo a permitir uma maior mobilidade quer de estudantes quer de profissionais entre os países membros. Neste sentido, na referida Declaração, pode ler-se que hoje se reconhece que a Europa do Conhecimento é um factor primordial para o desenvolvimento humano e social, indispensável para a consolidação e enriquecimento da cidadania europeia, devendo possibilitar aos seus cidadãos as competências necessárias para enfrentarem os desafios do novo milénio, bem como desenvolverem a consciência de valores partilhados e relativos a um espaço social e cultural comum ^{(17) (22)}.

Portugal, como país constituinte da União Europeia, que também assinou a Declaração de Bolonha, não podia nem devia ficar alheio a esta nova realidade, razão pela qual ainda hoje vivemos momentos de grandes mudanças e alterações a nível do ensino.

A Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto, que alterou a Lei de Bases do Sistema Educativo, consagra, entre outros aspectos, “a transição de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências” ⁽²⁵⁾. Na mesma linha de pensamento, o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março enfatiza a importância da passagem de um sistema de ensino baseado na ideia da transmissão de conhecimentos para um sistema apoiado no desenvolvimento de competências, considerando que se torna necessária uma reorganização do ensino superior em Portugal e a sua adequação, tendo em vista a concretização dos objectivos do Processo de Bolonha. O Decreto-Lei n.º 74/2006 refere de uma forma bem clara que a mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo assente no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica – instrumentais, interpessoais e sistémicas – quer as de natureza específica associadas à

área de formação, em que a componente experimental e de projecto desempenham um papel muito importante, são uma questão central do Processo de Bolonha ⁽²⁶⁾.

Deste modo, as mudanças que deveriam ocorrer a nível do ensino superior têm constituído um desafio para todos os países pertencentes à União Europeia, incluindo o nosso, para o ensino superior, para as profissões, para os formadores e estudantes. Este desafio coloca-se essencialmente pelo facto de se exigir uma melhoria da qualidade da formação, através de uma mudança de paradigmas. Como já foi dito, toda a legislação existente aponta para a necessidade de se passar de um ensino centralizado na transmissão de conteúdos para um ensino mais centrado no estudante e no desenvolvimento das suas competências, o que implica uma série de alterações, nomeadamente nas metodologias e nos tipos de avaliação a utilizar.

Por isso, ensinar é hoje bastante complexo e não só complicado, já que é preciso reinventar, não podendo nenhuma situação de ensino repetir-se exactamente como outra anterior⁵, tendo em conta que está provado uma mera transmissão de conhecimentos e saberes considerados necessários já não serem suficientes. O que um professor considera importante transmitir aos alunos poderá sê-lo hoje mas deixar de o ser amanhã, bem como determinados conteúdos poderão ser considerados como importantes para o professor mas não irem ao encontro das necessidades do estudante, entre outras questões. As pessoas aprendem e desenvolvem-se quando o assunto lhes desperta interesse, quando agem, quando vêem resultados ou possibilidades de aplicação do que estão a aprender e quando se sentem estimuladas. Por isso, é fundamental envolver os estudantes, motivá-los e responsabilizá-los pela sua aprendizagem, de modo a que tenham um papel mais activo em todo o processo ⁽²⁷⁾.

É importante que o ensino/aprendizagem deixe de ser apenas um processo autoritário, controlador, com conteúdos seleccionados só pelo professor e que desencoraje o diálogo; deve enfatizar-se a responsabilidade do estudante pela sua própria aprendizagem e encorajar a participação activa do formando. Pode, pois,

⁵ A distinção entre complicado e complexo reside, essencialmente, no sentido de que enquanto o complicado pressupõe alguma facilidade de divisão e compreensão das partes, o complexo exige uma visão total e nunca é similar ao conjunto das partes que o constituem. E. Morin é um dos autores que faz esta distinção, ao afirmar que a complexidade significa em primeira instância a impossibilidade de simplificar e que não é sinónimo de complicação uma vez que o complicado se pode reduzir a um princípio simples e o complexo não ⁽¹²⁹⁾.

afirmar-se que o conhecimento não deve ser recebido mas construído e deve ser um ensino que eduque efectivamente e não que apenas treine ^{(27) (28)}.

A verdadeira educação deve ter a finalidade de formar estudantes que se vão transformando gradualmente, tornando-se cada vez mais independentes, mais motivados, mais críticos, mais preocupados em pesquisar e aprender continuamente e, paralelamente, mais autónomos. Deste modo, corroborando o que é preconizado na Declaração de Bolonha, considera-se fundamental que o ensino não seja apenas baseado na transmissão de conteúdos e passe a ser também centrado no estudante e no desenvolvimento das suas competências, como já foi referido. Esta ideia é defendida por vários autores e pedagogos, que consideram ser fundamental passar de uma pedagogia de domínio para uma pedagogia por objectivos, tendo em conta que as competências nos possibilitam enfrentar a complexidade do mundo e, simultaneamente, as nossas próprias contradições ^{(2) (16) (24) (29)}.

Porém, sublinha-se que a noção de competência não exclui de modo nenhum a necessidade de conhecimentos; pelo contrário, permite compreender a importância da sua correcta aplicação. O desenvolvimento de habilidades e capacidades é uma extensão da área do conhecimento ^{(24) (29) (30)}.

A teoria é sempre necessária para o exercício de qualquer profissão; porém, tem de ser devidamente utilizada e desenvolvida uma vez que, como defende M. Lopes, pode comparar-se a um mapa de que precisamos para nos orientarmos. E, como diz o mesmo autor, a realidade pode ser muito diferente do mapa e temos de ser capazes de desenvolver competências que nos permitam lidar com as dificuldades e com as surpresas que possam surgir ⁽³¹⁾.

A competência está para além dos conhecimentos, porque ultrapassa o que se pode intitular de “saberes”, sejam eles eruditos ou comuns, declarativos ou procedimentais, individuais ou partilhados, explicativos ou normativos. Um profissional nunca pode ser um simples especialista que segue uma determinada rotina, sem reflectir sobre o que está a fazer, nem um mero detentor de saberes que se limita a pô-los em prática. Deste modo, sem a capacidade de mobilização e actualização dos saberes, não se pode falar em competência mas apenas em conhecimentos ⁽²⁹⁾.

A competência implica, pois, uma correcta mobilização de recursos, entre os quais os conhecimentos, mas ainda o raciocínio, a interpretação, a iniciativa, a criatividade, o colhido das experiências anteriores e os próprios valores. Sendo

assim, a pessoa competente deve ser capaz de, perante uma situação singular e nova, identificar os saberes pertinentes, seleccioná-los, combiná-los e mobilizá-los adequadamente. Por isso, G. Le Boterf defende que a competência não é um estado ou um conhecimento possuído e não pode reduzir-se a um saber ou a um saber fazer, acrescentando que ter conhecimentos ou capacidades não é sinónimo de ser competente, uma vez que podemos conhecer as técnicas e regras e não saber aplicá-las no momento oportuno ⁽¹⁵⁾.

No currículo por competências, uma das principais premissas pedagógicas é a de desenvolver no estudante o gosto pelo conhecimento, o reconhecimento da sua utilidade, a vontade de superar obstáculos e a capacidade de resolver problemas. Para isso é necessário criar um ambiente construtivista de aprendizagem, ou seja, que dê apoio a perspectivas ou interpretações diversas da realidade, ajude na construção do conhecimento e incentive actividades baseadas na experiência. O construtivismo está interessado em como construímos o conhecimento e não apenas em possuímos esse conhecimento, isto é, não o vê só como um fim mas também como um recurso, um meio que deve ser usado adequadamente ⁽²⁷⁾. Por isso, a formação para a competência deve ter como principal objectivo ajudar, de forma integrada, cada pessoa em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas, de modo a demonstrar sempre alguma flexibilidade na resolução dos problemas ⁽²⁾.

Desta maneira a aprendizagem contribui para o desenvolvimento, na medida em que aprender não é copiar ou reproduzir a realidade nem é um simples “receber” de conteúdos. Por outro lado construir não significa inventar, mas sim participar activamente no processo de aprendizagem ⁽²⁷⁾.

Assim sendo, os ambientes construtivistas são fundamentais para o ensino e aprendizagem, principalmente quando oferecem situações-problema, reais ou fictícias, facilitadoras de um processo de pensar, levantar dúvidas, colocar questões e procurar hipóteses de solução. Uma condição para facilitar esse tipo de aprendizagem é a de centrar-se em actividades autênticas, consideradas relevantes e úteis no mundo real, que se integram no currículo e oferecem níveis apropriados de complexidade ⁽²⁷⁾.

G. Le Boterf defende que a flexibilidade está no centro da competência, acrescentando que esta não é uma constante e pode variar em função da situação e do contexto. É um saber agir em situação. Isto significa que a competência está directa e

intimamente relacionada com o domínio do conhecimento e não apenas com a sua posse, o que implica a capacidade de mobilização e integração de recursos e exige também uma certa flexibilização ⁽¹⁵⁾.

Na mesma linha de pensamento, P. Zarifian considera a competência profissional como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, inteligência prática e ainda capacidade de coordenação com outros actores na mobilização de capacidades ⁽³²⁾. Este conceito de competência está baseado na visão do trabalho como um conjunto de acontecimentos, com uma grande dose de imprevisibilidade, contrariamente ao que propõem os estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, identificados como o Fordismo, o Taylorismo ou o Fayolismo. P. Zarifian defende que a competência ultrapassa a qualificação profissional, uma vez que deixa de ser a disponibilidade de um "stock de saberes", para se transformar na "capacidade de acção perante acontecimentos". Segundo o autor, o conceito de competência inclui uma série de sentidos, cujas definições também devem ser explicitadas:

- **iniciativa:** capacidade de iniciar uma acção;
- **responsabilidade:** capacidade de responder pelas acções;
- **autonomia:** capacidade de aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas;
- **inteligência prática:** capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em acção para enfrentar situações do processo de trabalho. Envolve tanto a dimensão cognitiva (saber), como a compreensiva (relação do conhecimento com o contexto), por isso, utilizam-se os termos articular e mobilizar ao invés de aplicar;
- **capacidade de coordenação com outros actores:** capacidade e disponibilidade de estabelecer movimentos de solidariedade e de partilha de situações e acontecimentos do trabalho, assumindo co-responsabilidades e fazendo apelo ético às capacidades dos outros.

P. Zarifian acrescenta que a competência profissional inclui capacidades, actividades e contextos e que resulta de uma combinação de conhecimentos,

destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas efectiva e apropriadamente em resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional ⁽³²⁾.

Assim, o conceito de competência vai desde uma concepção muito geral, isolada de qualquer tipo de contexto, para uma concepção mais particular que a liga a um contexto específico de uma determinada profissão, como é o caso da enfermagem.

Porém, antes de prosseguir, importa sublinhar que, por vezes, existe uma indistinta utilização dos termos “competência” e “competências”, pelo que se torna fundamental fazer a sua distinção. Como afirma M. Roldão, uma reflexão que importa fazer é que usar palavras que se vulgarizaram num sentido genérico não é sinónimo de apropriar conceitos, considerando que não basta incluir competência num conjunto de termos parecidos. Assim, o termo “competências”, mais relacionado com o inglês “skills”, consiste num conjunto de habilidades e capacidades em domínios específicos e que podem integrar a própria competência. O termo “competência”, mais relacionado com o inglês “competency”, consiste na capacidade de mobilizar diferentes recursos. O que hoje se debate acerca deste conceito é o seu carácter integrador e mobilizador ⁽²⁴⁾.

Todavia, por vezes, alguns autores ao falarem de competências, em bom rigor e no contexto deste estudo, estão a falar de competência pelo que este aspecto será tido em conta, apesar da distinção efectuada com base nas leituras realizadas ^{(15) (16) (24) (32)}.

1.1.2 Desenvolvimento da competência em enfermagem

O conceito de competência em enfermagem está muito relacionado com a conquista de uma gradual e crescente autonomia da profissão. Efectivamente, sobretudo no que se refere às intervenções autónomas de enfermagem, cada vez mais se faz sentir a importância de os enfermeiros serem capazes de mobilizar todos os recursos de que dispõem no sentido de prestarem cuidados com qualidade.

Por competência em enfermagem entende-se um conjunto de saberes (adquiridos na formação inicial e ao longo da vida pessoal e profissional de cada um) e de outros recursos (valores pessoais, profissionais, sociais, culturais e religiosos; criatividade; espírito crítico; capacidade de raciocínio e reflexão e experiências anteriores) que o enfermeiro consegue mobilizar de forma diferente em cada caso

concreto ^{(2) (13)}. De facto, o conceito de competência em enfermagem não se pode reduzir a um mero saber ou saber fazer, uma vez que possuir conhecimentos e destrezas não significa por si só ser competente. Implica o saber seleccionar, mobilizar e integrar os vários recursos, entre os quais os conhecimentos, de forma pertinente e no momento oportuno em cada situação singular, como tem vindo a ser enfatizado. A competência inclui, assim, o decidir e agir em situações imprevistas, mobilizar conhecimentos, informações e até mesmo hábitos e aplicá-los prevendo os resultados das diferentes alternativas e opções possíveis.

O termo “competência” é ainda recente em ciências humanas e vem substituir em grande parte o termo “qualificação”, já que este último se tem vindo a tornar muito restritivo, até porque uma pessoa considerada qualificada pode demonstrar ser incompetente perante uma situação imprevista. Uma pessoa qualificada sabe preparar e executar actividades precisas, rotineiras e habituais, mas pode revelar falta de competência perante uma situação nova e imprevisível ^{(2) (13) (15) (27)}.

M. Dias propõe um conceito de competência em enfermagem muito claro e completo e que, por isso, se passa a citar:

“As competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades [...]. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral.” ^(2 pp. 36-37)

A Ordem dos Enfermeiros também tem revelado uma enorme preocupação com a questão da competência em enfermagem e reflectido muito sobre o assunto, tendo sido aprovada pelo Conselho de Enfermagem uma definição para os enfermeiros de cuidados gerais que enfatiza a importância de “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.” Como se pode verificar, está implícito nesta definição o facto de a competência ir para além dos conhecimentos e ser baseada não apenas na sua aplicação, mas sobretudo num “juízo”, ou seja, numa utilização pensada, reflectida e ponderada de vários recursos que permitem tomar a decisão considerada mais adequada numa situação específica ^(20 p. 16).

Também M. Moura considera a importância de se formarem profissionais competentes, entendendo-se a competência como a capacidade de mobilizar uma

panóplia de recursos, entre os quais os conhecimentos. Esta autora afirma que é fundamental uma formação adequada que prepare os estudantes para o mercado de trabalho e capacite os futuros enfermeiros para desenvolverem as suas actividades profissionais e exercerem funções complexas no sistema de saúde, com a competência que hoje lhes é exigida ⁽³³⁾.

Efectivamente, cada vez mais se defende a necessidade de se ir além de uma simples transmissão de conhecimentos e de um mero treino de técnicas durante o curso de enfermagem. Por isso, o grande desafio que se coloca aos professores de enfermagem dos nossos dias consiste, essencialmente, em implementar estratégias que ajudem as pessoas a desenvolver uma compreensão prática dos ideais e dos padrões da profissão e capacidades que lhes permitam utilizar inteligentemente em situações novas princípios gerais, de modo a escolherem, com competência e confiança, os meios correctos para atingirem objectivos satisfatórios ^{(1) (2)}.

Nesta linha de pensamento, M. Dias desenvolveu um estudo em Portugal com estudantes dos cursos superiores especializados em enfermagem, no sentido de compreender as razões subjacentes ao défice de competências, especialmente as de carácter relacional e saber qual o perfil que o professor deve desenvolver, tendo construído e validado um inventário definidor de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado. A autora afirma que as competências a desenvolver devem constituir uma preocupação permanente em todo o processo de formação, acrescentando que o desenvolvimento das sócio-afectivas e relacionais deve ocupar um lugar de relevância ao longo dos cursos. M. Dias enfatiza, ainda, o facto de o desenvolvimento de competências ser fundamental para a promoção do sucesso educativo e desempenho profissional. Esta autora agrupa as competências em cinco categorias ou dimensões: pessoais, científicas, técnicas, sócio-afectivas e ético-morais ⁽²⁾.

Como se pode verificar, existe unanimidade no que diz respeito à importância de um ensino baseado no desenvolvimento de capacidades e habilidades ao longo do curso de enfermagem, ou seja, de um ensino que verdadeiramente eduque os estudantes, no sentido de adquirirem a competência para exercer a sua profissão de modo a assegurarem a excelência e a segurança dos cuidados de enfermagem. Esta ênfase no desenvolvimento da competência em enfermagem, para além de ajudar os estudantes a se sentirem mais aptos para o desempenho das suas funções como futuros enfermeiros, vai também, certamente, torná-los mais responsáveis pelos seus

actos e pelas consequências dos mesmos. De facto, quanto mais capazes forem de tomar decisões em situações concretas, com base nas competências que vão adquirindo gradualmente, mais os estudantes se vão transformando em pessoas mais livres e autónomas e em futuros profissionais mais responsáveis.

Efectivamente, e tomando por base a posição adoptada por J. Watson, considera-se que numa época de tecnologias sofisticadas, de elevada cientificidade, de mudanças muito rápidas mas também de solidão, a sociedade precisa mais do que nunca de enfermeiros que ajudem a restaurar a humanidade⁽³⁴⁾.

Ser um bom enfermeiro exige não só conhecimentos teóricos e capacidades práticas mas sobretudo um desenvolvimento moral e maturidade para aplicar estes conhecimentos e capacidades de modo eticamente responsável⁽¹⁾⁽³⁵⁾.

1.1.3 Necessidade do desenvolvimento da competência ética em enfermagem

A capacidade de tomar decisões perante questões éticas em enfermagem tem vindo a tornar-se cada vez mais necessária, o que está intimamente relacionado com os avanços da ciência e tecnologia, com a crescente complexidade das situações de saúde/doença e com uma maior autonomia dos enfermeiros. Efectivamente, os enfermeiros presenciam e vivem com alguma frequência problemas e dilemas éticos, muitas vezes relacionados com confrontos de valores e conflitos de princípios, e têm de fazer escolhas, algumas delas muito difíceis. M. Vieira, ao referir-se à enfermagem, afirma que continua a ser uma profissão com um elevado nível de exigência, dado que na relação estabelecida permanentemente com outras pessoas têm de estar simultaneamente presentes um modo de ser compassivo, um conhecimento teórico específico, um fazer técnico próprio e a capacidade para tomar decisões em situações éticas complexas⁽¹⁰⁾.

Desta forma, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de conciliar, no seu exercício profissional, conhecimentos científicos e tecnológicos e habilidades relacionais e humanas, tendo sempre por base um comportamento ético adequado. Esta ideia é defendida por numerosos autores – enfermeiros, bioeticistas, psicólogos, professores de enfermagem e outros – dos quais é de salientar S. Fry e M. Johnstone ao afirmarem que a capacidade de tomar decisões éticas é fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem com qualidade⁽³⁶⁾. Na mesma ordem de

pensamento, M. Lopes também considera que a prestação de cuidados de enfermagem ultrapassa qualquer saber teórico e/ou técnico que se possa considerar e que os mesmos se devem submeter a padrões de natureza ética e moral ⁽³⁷⁾. O mesmo autor afirma também alguns anos mais tarde que os cuidados de enfermagem ocorrem sempre no contexto de uma interacção, a qual deverá ser sempre entendida e conduzida por princípios éticos e morais ⁽³¹⁾.

Deve, pois, considerar-se como profissional competente aquele que consegue reunir qualificação científica, tecnológica e ética e sabe mobilizar todos os recursos de que dispõe, responsabilizando-se sempre pelos seus actos e pelas consequências destes. Por outras palavras, o desenvolvimento da competência ética é fundamental, sendo esta entendida como a presença de valores pessoais e profissionais apropriados e a capacidade para emitir juízos correctos em situações de trabalho concretas. A competência ética consiste na capacidade de seleccionar, integrar e mobilizar os recursos, sempre no sentido do respeito pela dignidade da pessoa, de modo a agir ponderadamente e da forma mais adequada em cada situação e num determinado contexto. Engloba, assim, a capacidade de integrar e mobilizar um conjunto de atitudes, reflexões, escolhas, decisões, comportamentos e acções que devem ter sempre como principal finalidade o respeito pela nossa própria dignidade e pela dignidade do outro como pessoa. Deste modo, a competência ética consiste essencialmente na capacidade de analisar cada situação dilemática⁶ de uma forma consciente, pensada e reflectida, procurando e tendo sempre em linha de conta todos os intervenientes significativos e quais os princípios éticos envolvidos, de modo a que a decisão final seja a mais justa e correcta possível. A este propósito C. Sini-Bertholet afirma que a competência ética permite ter em conta todos os parâmetros de uma determinada situação, confrontando os valores de cada um, mobilizando os diferentes conhecimentos, questionando, de modo a permitir a escolha da melhor alternativa e uma acção mais adequada. Esta autora acrescenta que a competência ética consiste em ser actor na tomada de decisão, o que significa agir e comprometer-se na relação de cuidados, respeitando os desejos e os direitos da pessoa cuidada ⁽¹³⁾.

⁶ Um dilema ético é, essencialmente, uma situação em que é imprescindível a escolha entre várias alternativas possíveis. Porém, neste caso, a opção é sempre muito difícil, na medida em que cada tomada de posição parece simultaneamente correcta, incorrecta e/ou insuficiente, o que pode advir do facto de cada uma delas tomar por base princípios éticos diferentes. Como afirmam G. Freitas e M. Fernandes, os dilemas éticos são situações em que a pessoa se vê forçada a tomar uma decisão, tem de decidir ⁽¹³³⁾.

O sentido do dever e da obrigação moral sempre acompanhou a história da enfermagem, embora de formas diferentes. Inicialmente com um carácter religioso, foi gradualmente adquirindo um carácter profissional, iniciado com Florence Nightingale, como todos sabemos, que se empenhou, entre várias vertentes constituintes dos cuidados de enfermagem, com o comportamento moral dos enfermeiros. Florence Nightingale defendia que as enfermeiras deviam cumprir as suas funções com o mesmo espírito com que assumiam um dever religioso, como um dever moral e acrescentava que deviam ser dignas, instruídas, cultivadas, com boas maneiras, terem uma atitude de sacrifício e serem discretas, obedientes e submissas aos médicos ^{(8) (9) (10) (19) (38)}.

Progressivamente, as enfermeiras, assistentes e dependentes dos médicos, foram-se tornando autónomas e responsáveis pelos seus actos e escolhas em relação aos doentes e a sua responsabilidade moral foi deixando de ser a obediência aos médicos para passar a ser a lealdade em relação aos doentes ^{(8) (39)}.

As enfermeiras foram, assim, reivindicando a tomada das suas próprias decisões em relação aos cuidados de enfermagem e às escolhas relacionadas com questões éticas. Foi neste contexto que em 1899, nasceu o International Council of Nurses (ICN), que começou a elaboração de um código de ética para todos os enfermeiros do mundo, no seu congresso realizado em 1923 em Montreal – Canadá, o qual foi interrompido pela segunda guerra mundial. Posteriormente, a comissão de ética de enfermagem do ICN preparou o projecto de um código internacional no congresso de 1953 em São Paulo, Brasil. Este código foi imediatamente traduzido para outros idiomas, revisto em 1965, e em 1973 foi feita uma publicação sobre o uso do código na prática da enfermagem. Esta versão foi novamente reconfirmada em 1989 e posteriormente revista, tendo sido a última revisão em 2006 ^{(10) (40)}.

A American Nurses Association (ANA) também publicou o seu primeiro código em 1950, o qual foi já revisto por diversas vezes, sendo de salientar que na revisão efectuada em 1976 já houve a preocupação de passar da exigência de lealdade ao médico para a lealdade ao doente ^{(10) (41)}.

Assim, e como tem vindo a ser referido, paulatinamente, de uma prática com um carácter essencialmente moral, caracterizada pela caridade e compaixão para com os doentes e pelo dever de obediência aos médicos, a enfermagem vai fazendo a passagem para uma prática ética em que o dever passa a ser em relação aos clientes e ao respeito pela dignidade de cada pessoa ^{(7) (8) (10)}.

Esta diferença é hoje bem clara e pode verificar-se que o Código Deontológico do ICN logo no seu preâmbulo declara que o respeito pelos direitos do homem – nomeadamente o direito à vida, à dignidade e a um tratamento humano, bem como os direitos culturais – constitui parte integrante dos cuidados de enfermagem. O Código Deontológico do ICN encontra-se organizado em cinco capítulos que contemplam: o enfermeiro e o indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem; o enfermeiro e o exercício de cuidados de enfermagem (normas deontológicas para a prática de cuidados de enfermagem); o enfermeiro e a sociedade (cidadão e membro da colectividade); o enfermeiro e os colegas (conduta profissional) e o enfermeiro e a profissão (normas de exercício e condições de trabalho adequadas) ⁽⁴⁰⁾.

Os códigos deontológicos da actualidade têm em comum temas como: as relações dos enfermeiros com os seus pares, a responsabilidade dos enfermeiros na delegação de funções, a responsabilidade de denunciar a incompetência de outros trabalhadores na área da saúde, a obrigação de respeitar a vida e a dignidade da pessoa, a responsabilidade em relação ao carácter confidencial de certas informações, a não discriminação em relação aos doentes, entre outros.

Em Portugal, surge em 1961 uma edição em português do código de deontologia dos profissionais de enfermagem do Comité International Catholique des Infirmières et Assistantes Médico-Sociales, traduzido e publicado pela Associação Nacional dos Enfermeiros Católicos ⁽⁴²⁾ e nova edição em 1973, traduzida e publicada pela mesma associação (que entretanto passara a denominar-se Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde) ⁽⁴³⁾. Em 1991, fruto do trabalho conjunto das associações profissionais nacionais, foi assumido pelo grupo profissional um Código Deontológico, com pouca expressão, pela omissão de obrigação legal para o seu cumprimento. Em 1996, foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pelo Decreto-Lei nº 166/96, que procedeu a uma clarificação de conceitos e à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificou a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definiu a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais ⁽⁴⁴⁾. Afirma-se no REPE que os deveres deontológicos serão garantidos por uma associação de direito público que entretanto deveria constituir-se. Tal aconteceu em 1998, com a criação da Ordem dos Enfermeiros e a publicação do seu Estatuto, que inclui o Código Deontológico do Enfermeiro, tornando-o vinculativo e passível de avaliação disciplinar. Neste código é enfatizada a importância de uma

atitude ética da parte dos enfermeiros em vários dos seus artigos, começando logo pelo artigo 78º – Princípios Gerais: “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”⁷

A Deontologia Profissional orienta os enfermeiros, no que se refere aos seus direitos e também aos seus deveres em contexto profissional. Porém, a Ordem dos Enfermeiros, demonstrando uma permanente preocupação com o desenvolvimento da enfermagem e da qualidade dos cuidados e do ensino, tem vindo a reflectir sobre várias questões fundamentais para uma adequada *praxis*. Deste modo, têm sido muitos os seminários e encontros realizados, bem como documentos orientadores elaborados pela Ordem, nomeadamente relacionados com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e com a definição das competências dos enfermeiros ⁽²⁰⁾ ⁽⁴⁵⁾. Importa lembrar que, tal como afirmado anteriormente, a Ordem dos Enfermeiros define três grandes áreas de competências, em que uma delas é exactamente a prática profissional ética e legal, à qual faz corresponder um elenco de competências relativamente à responsabilidade, à prática segundo a ética e à prática legal ⁽²⁰⁾.

A enfermagem é uma actividade humana, porque acontece sempre entre pessoas que prestam cuidados e as que os recebem. É uma ciência humana, uma vez que toda ela se desenvolve de e para pessoas, pelo que deve usar a razão, a lógica e a disciplina mas também desenvolver a criatividade, o pensamento crítico, a capacidade de argumentar, a capacidade de adaptação a novas situações e a visão de cada pessoa como uma totalidade e simultaneamente como um ser singular. Neste sentido, O. Bevis salienta que o enfermeiro de que a humanidade precisa é aquele que tem a capacidade de reflectir e agir e possui a natureza erudita de compaixão com uma mente que nunca termina de inquirir, questionar e de se expandir ⁽³⁾.

Enquanto ciência humana, a enfermagem tem características únicas, tais como: olha o ser humano no seu todo e, simultaneamente, defende a compreensão da sua singularidade; tenta compreender as experiências tal como são vividas pelas pessoas; não separa a arte e a ciência, como pilares da construção do conhecimento; ocupa-se com os significados tal como vistos e compreendidos pelas pessoas; a generalização

⁷ Já foi feita a primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, pela Lei nº 111/2009, mantendo-se o artigo 78º e seguintes, relativos ao código deontológico, com a mesma redacção.

pode ser apresentada em termos de padrões, mas tem sempre de ser adaptada a um contexto específico ⁽⁴⁶⁾.

O centro de atenção e de estudo em enfermagem são pessoas e não objectos e toda a relação é sempre sujeito-sujeito e nunca sujeito-objecto. Nesta linha de orientação, cuidar exige uma elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, associadas a valores não paternalistas relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha. O verdadeiro cuidado combina a ciência com as humanidades, nunca pode ser neutro acerca dos valores humanos e deve integrar as ciências biofísicas com as ciências do comportamento necessitando, assim, de um reconhecimento e utilização das humanidades. Deste modo, os cuidados de enfermagem devem ser prestados a cada pessoa num contexto relacional e de forma personalizada, o que exige a necessidade de ‘recrutar’ o saber perante cada pessoa e em função dela própria ^{(34) (37) (47)}.

Contudo, como afirma T. Marçal, as práticas de trabalho e a reflexão sobre o modo de ser na enfermagem e sobre o seu desenvolvimento pessoal e ético são ainda muito escassas, pelo que estamos perante um campo muito extenso aberto à acção. A autora enfatiza, por isso, a importância de se recorrer à reflexão sobre situações significativas vividas pelos estudantes no âmbito dos cuidados de saúde, ou mesmo no âmbito mais alargado das suas vidas ⁽⁴⁸⁾.

M. Simões, no âmbito do mestrado em Filosofia, especialização em bioética realizou um estudo em que procurou compreender, na perspectiva dos estudantes de enfermagem, os efeitos potenciadores da humanização nas metodologias pedagógicas reflexivas interactivas desenvolvidas em ensino clínico, nomeadamente qual o contributo destas na potenciação de uma consciência ética. Procurou, ainda, compreender a influência do debate em grupo na valorização do humano por parte dos estudantes. No seu estudo, comprovou que era visível uma alteração “no modo de proceder (atitude) dos estudantes (começam a considerar mais a pessoa doente) que altera o seu (comportamento) próprio procedimento (tornando-o mais humano)” ^(49 p. 69).

Na mesma linha de pensamento, são vários os autores que se têm preocupado em averiguar até que ponto é possível ensinar ética e qual o papel que esta desempenha no ensino da enfermagem ^{(3) (10) (13) (50)}.

Em França, C. Sini-Bertholet realizou um estudo, no âmbito do doutoramento na Universidade de Nantes, que tinha como principal objectivo procurar

compreender como se constrói a competência ética ao longo da vida profissional, desde a formação às experiências profissionais, colocando em relevo variáveis significativas que poderiam influenciar o seu desenvolvimento. Concluiu, entre muitos outros aspectos, que a formação desenvolvia competências, permitindo uma melhor identificação de dilemas éticos, o que ia aumentando progressivamente ao longo do curso de enfermagem. A autora reconheceu que a formação, na altura, em França, não desenvolvia suficientemente a autonomia dos estudantes afirmando, no entanto que o resultado final se podia considerar como positivo, já que o ensino da ética influenciava positivamente o conhecimento de si, a mudança e o desenvolvimento pessoal o qual, por sua vez, conduzia ao questionamento pessoal e por consequência ao desenvolvimento da competência ética ⁽¹³⁾.

C. Sini-Bertholet fazia referência no seu estudo a alguns autores que também se preocuparam com o ensino da ética⁸ e concluía todos eles estarem de acordo em dizer que a capacidade de tomada de decisão ética dos enfermeiros pode ser reforçada pelo ensino da ética nos cursos de enfermagem e pela análise de conflitos éticos reais na prática. A referida autora acrescentava que cada capacidade deve ser desenvolvida através de uma aprendizagem apropriada em lugares onde o estudante possa experimentar, comparar, justificar e projectar as consequências das suas escolhas ⁽¹³⁾.

D. Blondeau é outra autora que tem defendido a importância do desenvolvimento da competência ética durante o curso de enfermagem, afirmando mesmo que esta vertente deveria ocupar um lugar central na formação dos estudantes ⁽⁵⁰⁾.

Compreende-se, assim, que o ensino da ética de enfermagem aos futuros profissionais de saúde é fundamental, não se deve limitar a uma reflexão geral de princípios e deve ser concebido no sentido de possibilitar aos estudantes no final do curso a capacidade de agirem adequadamente e assumirem as suas responsabilidades diante das novas situações provenientes do avanço das ciências da vida. Considerando que a ética de enfermagem trata de questões altamente relevantes para os profissionais de enfermagem, ela não pode, de facto, restringir-se a princípios gerais da bioética, embora não os deva ignorar, até porque os enfermeiros, na sua

⁸ Nomeadamente Bandman & Bandman (1978), Veatch & Fry (1987), Davis & Aroskar (1991), Gallagher & Boyd (1991), Benjamin & Curtis (1992).

prática, encontram mais assuntos morais e éticos complexos num mês que a maioria das outras pessoas em toda a sua vida ⁽³⁾.

É de salientar que a bioética trata de temas muito relevantes mas pouco frequentes em enfermagem, enquanto a ética de enfermagem se preocupa por vezes com pequenos problemas que até não são muito falados e evidenciados pela bioética. Nesta ordem de pensamento, o que se pretende em enfermagem é a competência para identificar as “pequenas questões” com que se deparam os enfermeiros no seu quotidiano, a preocupação com a liberdade e o respeito pela dignidade do outro e a compaixão e solicitude para com a pessoa, por vezes fragilizada e vulnerável. Por isso, a decisão em enfermagem deve ser o resultado da intersecção entre a bioética e a ética de enfermagem, isto é, de uma reflexão com base nos princípios da bioética mas sempre tomando em consideração os valores que deverão estar presentes na prática de enfermagem. Nesta linha de pensamento, L. Nunes, ao referir-se à forte ligação entre bioética e enfermagem, salienta claramente este aspecto, afirmando:

“A pluralidade e a novidade das questões actualmente colocadas a ambas não têm respostas nos tradicionais tratados ou nas formas convencionais de abordar os problemas. É aqui que o pluralismo de posições e a estranheza dos problemas com que lidam exige uma reflexão atenta, até porque em Enfermagem estamos habituados a considerar e a valorar as ‘pequenas coisas’ que dão sentido aos cuidados e à vida, e que não são, de todo, coisas pequenas...” ^(51 p. 88).

Deste modo, a formação de futuros profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, deve ir além da deontologia, ou seja, de uma moral profissional – considerada como uma área que trata dos deveres e direitos no exercício de uma determinada profissão – e fundamentar-se numa verdadeira ética de enfermagem.

Evidentemente, o conhecimento e a compreensão dos códigos e documentos que regem a profissão de enfermagem, assim como de todos aqueles referentes aos direitos das pessoas doentes, são indispensáveis para perceber a existência de uma situação, problema, questão ou dilema ético. Porém, se este conhecimento é primordial, nenhuma legislação deverá sobrepor-se à nossa consciência e ditar cegamente a acção. Efectivamente, apesar de ser fundamental a existência de leis, decretos e códigos profissionais, cada situação é particular e o agir deve ser sempre diferente e de acordo com o contexto pelo que, apesar da existência de um importante número de leis, cartas, decretos, códigos, estes não podem normalizar e codificar todas as situações de cuidados universalizando-os a partir de regras, deveres e obrigações ^{(13) (52)}.

Os códigos de ética têm limitações e não podem ser vistos como proporcionando, permanentemente, a resposta a dilemas morais do quotidiano e o que podem fazer é delinear guias de orientação, bem como direitos gerais, deveres, valores e políticas que devem orientar a prática profissional. Neste sentido um código deontológico deve ser visto como um guia, como um documento formal e o Código Deontológico do Enfermeiro, sobretudo, como um meio de regulação da profissão ⁽¹⁾ (10) (53).

Alguns autores referem-se a uma noção bastante ampla de ética profissional, como é o caso de M. Masetto. Este considera ética profissional como aquela que estuda e regula a relação de um profissional com aqueles a quem presta os seus serviços, tendo em conta a dignidade humana, os direitos dos clientes, o respeito devido a eles e a oferta de uma competência para o exercício do seu serviço, procurando a construção do bem-estar das pessoas e da colectividade no contexto sócio-cultural onde exerce a sua profissão ⁽³⁰⁾. O conceito proposto por este autor é muito completo, uma vez que nele está implícita a importância da reflexão sobre a acção e do respeito pelo outro como pessoa única e singular e, portanto, o facto de não nos devermos limitar a seguir rigorosamente as normas morais e os códigos deontológicos, uma vez que a ética não prescreve mas abre espaço para a reflexão e para a criatividade. Deste modo, o processo ensino/aprendizagem em enfermagem deve ser orientado de forma que os profissionais sejam capazes de tomar decisões em situação, utilizando a legislação e os códigos existentes como linhas orientadoras, mas sem se restringirem a eles. Por outras palavras, a existência de legislação e de documentos com um certo carácter de universalidade pode ser facilitadora, no sentido de conhecer a legitimidade de uma acção, e será sempre necessária em determinados momentos do processo de tomada de decisão ética. Contudo, e como já foi referido, terá sempre de ser confrontada com outros valores pessoais, profissionais, culturais e sociais, de modo a que toda a decisão seja sempre ponderada e adequada a cada caso diferente. Neste contexto, M. Gândara salienta que a decisão ética não está padronizada em nenhum livro, protocolo ou normas exactamente porque cada situação deve ser olhada e analisada tendo sempre em conta as circunstâncias que a particularizam e a tornam única e singular. Resumidamente, pode-se afirmar que a competência ética ultrapassa o domínio da legislação, da deontologia e da moral e entra no chamado “campo da consciência

ética”, implicando sempre uma reflexão através da qual a pessoa se posiciona e toma uma decisão ⁽⁵⁴⁾.

Consequentemente, é importante ajudar o estudante a adoptar uma atitude correcta e a desenvolver a sua capacidade crítica, no sentido de analisar cada situação por si, tendo por base os conhecimentos que vai adquirindo, respeitando sempre os valores do outro na sociedade plural em que vivemos. A educação em enfermagem deve valorizar o desenvolvimento da sensibilidade ética, pelo que a formação nesta área deve ser alargada, estimulando o raciocínio e o pensamento crítico e promovendo formas de desenvolver a flexibilidade suficiente para que os estudantes sejam capazes de ter em conta as variadas circunstâncias ^{(52) (55)}.

A formação ética do futuro profissional de enfermagem deve ser iniciada, sempre que possível, logo no princípio do curso com noções gerais de ética – tais como princípios e fundamentos da ética, valores, teorias éticas, problemas e dilemas éticos, princípios éticos em enfermagem, processo de tomada de decisão, entre outros. Porém, a existência de disciplinas de ética ao longo do curso não é suficiente e é fundamental a presença de aptidões pessoais. No entanto, aquelas contribuem, certamente de forma muito significativa, para formar uma consciência ética de relação e imprimir, na personalidade do estudante, a importância do respeito incondicional pelos direitos do outro. Uma postura ética aprendida e estimulada irá provavelmente influenciar a relação com o doente, com outros profissionais e com a sociedade em geral. Nesta linha de pensamento, o Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, nas Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e Deontologia no Curso de Enfermagem, defende que na formação dos estudantes se pretende o desenvolvimento de competências éticas, com base na compreensão da dimensão ética dos cuidados e no sentido dos fundamentos éticos orientadores, para, a partir deles, prosseguir para a tomada de decisão e a argumentação, reflectir e analisar situações reais. O Conselho Jurisdicional acrescenta ainda que as escolas de enfermagem, como instituições responsáveis pela formação de futuros profissionais, bem como os professores de ética e deontologia, desempenham um papel fundamental na capacitação dos enfermeiros para o agir ético ⁽⁵⁶⁾.

Efectivamente, a qualidade dos cuidados é fundamental e interessa formar enfermeiros com competências não só cognitivas ou técnicas, mas também humanas e éticas, capazes de um agir moral – em conformidade com as normas morais de uma

sociedade e cultura – mas também capazes de um agir ético resultante, como já foi evidenciado por várias vezes, de uma reflexão aprofundada em cada situação.

Sendo assim, o ensino da ética no curso de enfermagem deve acontecer ao longo do curso, como já foi enfatizado, mas deve ultrapassar o ensino teórico, porque o estudante aprende ética, sobretudo, com a vivência dos problemas que ocorrem diariamente e com o exemplo daqueles com quem está relacionado em todas as situações de aprendizagem e que constituem, normalmente, um modelo para ele. Aliás, é esta a posição do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, que considera um imperativo o ensino da ética de enfermagem ultrapassar os contornos de uma unidade curricular teórica, num determinado semestre ou ano, devendo constituir parte integrante do ensino teórico e do ensino clínico, ao longo de toda a formação ⁽⁵⁶⁾. Por tudo isso, o facto da reflexão ética estar sempre presente durante todo o curso é fundamental, até porque uma das competências primordiais que os profissionais necessitam ter, quer para o desenvolvimento de aptidões quer para a sua contínua melhoria, é a reflexão em acção e sobre a acção ⁽¹⁸⁾.

Na mesma linha de pensamento, já R. Krawczyk e E. Kudzma tinham referido que a educação moral nos currículos de enfermagem consiste, frequentemente, em cursos de ética teórica, não directamente relacionados com os dilemas morais encontrados pelos enfermeiros na sua prática diária. Deste modo, defendiam que seminários onde os estudantes discutissem dilemas éticos específicos podiam contribuir mais para o seu desenvolvimento moral do que um curso formal sobre teorias éticas. Por isso, defendiam a necessidade de preparar os estudantes para o confronto com as situações que a tecnologia desencadeia ⁽⁵⁷⁾.

Em síntese, pode afirmar-se que o ensino da enfermagem passou por uma fase inicial em que se valorizava a transmissão dos valores morais, considerados prioritários e em muitas situações praticamente exclusivos para alguém que tinha por função cumprir as ordens médicas e dar conforto e apoio afectivo aos doentes; com os avanços científicos, a transmissão de conhecimentos e as habilidades técnicas ganharam grande relevância; actualmente, a evolução científica, acompanhada a passos vertiginosos pela evolução tecnológica, exige aos enfermeiros novas necessidades de aprendizagem, sobretudo na área da ética e da bioética ⁽⁵³⁾.

Nesta linha de pensamento, L. Ribeiro alertou para a importância de se prepararem os estudantes no sentido de serem capazes de se confrontar com dilemas éticos resultantes da utilização de novas tecnologias, tendo acrescentado que a

promoção do desenvolvimento moral contribui certamente para tornar os enfermeiros mais competentes, no sentido de considerarem todos os aspectos de cada situação e decidirem com justiça ⁽⁵⁸⁾.

Além disso, uma formação centrada na transmissão de conhecimentos torna-se insuficiente para preparar os futuros profissionais no sentido de adoptarem um comportamento ético. É importante que os estudantes participem activamente no seu processo de aprendizagem, de modo a irem desenvolvendo a sua competência ética para que possam agir o mais adequadamente possível. Para isso, não se podem limitar a receber conhecimentos de ética e é fundamental que sejam chamados a reflectir perante situações concretas, reais ou fictícias, em que necessitem de mobilizar todos os recursos disponíveis.

Pode-se, pois, concluir que o ensino da ética de enfermagem aos estudantes no sentido de um desenvolvimento das suas competências, nomeadamente das competências éticas, contribuirá decerto para formar profissionais mais conscientes das suas responsabilidades e para uma consequente excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

1.2 PROBLEMÁTICA, CONCEITOS CENTRAIS E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Como ficou demonstrado, a necessidade do desenvolvimento da competência ética em enfermagem e, consequentemente, a importância de se valorizar esta componente ao longo do curso de licenciatura, é uma evidência que justifica o estudo que se pretende fazer.

Importa agora delimitar a problemática do estudo, clarificar alguns conceitos centrais e apresentar a questão central e os objectivos a prosseguir.

A temática das competências tem sido investigada por vários autores, nos mais variados contextos, entre os quais se salienta G. Le Boterf, P. Perrenoud e M. Thurler, como os mais referidos ^{(15) (16) (28) (29)}.

Uma vez que o presente estudo se centra no processo de desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem, para delimitar a problemática, parte-se de uma revisão de literatura sobre esta temática, já efectuada pela

investigadora e publicada, da qual foram seleccionados alguns estudos e que se passa a referir⁽⁵⁹⁾.

A preocupação com a questão do desenvolvimento de competências morais nos estudantes de enfermagem não é nova. De facto, foram vários os autores que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento moral dos estudantes ao longo do curso de enfermagem, tomando por base a teoria de desenvolvimento moral de L. Kohlberg⁹, o teste de definir valores morais de J. Rest¹⁰ e a teoria de C. Gilligan¹¹.

P. Munhall¹², num estudo que realizou, baseado na teoria desenvolvida por L. Kohlberg, preocupou-se em analisar a importância do desenvolvimento moral para a prestação de cuidados de enfermagem considerando-o, mesmo, como um pré-requisito e sugerindo alterações no processo educativo⁽⁶⁰⁾.

Posteriormente, foram realizados outros estudos, nomeadamente nos Estados Unidos da América¹³, na Finlândia¹⁴ e no Canadá¹⁵.

⁹ L. Kohlberg, um psicólogo de Harvard, desenvolveu a teoria de Piaget e propôs uma teoria cognitiva do desenvolvimento do raciocínio moral (teoria cognitivo-desenvolvimentista), a qual sugeria que os princípios morais são universais. Representa uma continuação dos estudos de Piaget, alargando o estudo a etapas que vão além da infância, chegando até à maturidade da pessoa. L. Kohlberg fez um estudo com 75 jovens americanos, tendo apresentado a cada um vários dilemas morais hipotéticos; os níveis de desenvolvimento moral foram estabelecidos com base no raciocínio feito pelos jovens em cada dilema. Segundo L. Kohlberg os estádios morais são invariáveis e universais.

A teoria do desenvolvimento moral de L. Kohlberg descreve o princípio da justiça e o seu desenvolvimento ao longo do tempo e à medida que as pessoas interagem com o ambiente. A sua teoria inclui seis estádios em três níveis de pensamento moral.

¹⁰ J. Rest, professor do departamento de psicologia na Universidade de Minnesota, considera que o desenvolvimento moral ocorre como resultado das interações individuais com o mundo e o reconhecimento do seu lugar nele. Contrariamente a L. Kohlberg, J. Rest sugeriu que a educação formal é mais importante do que a idade cronológica no desenvolvimento da moralidade.

¹¹ C. Gilligan, aluna de L. Kohlberg, desenvolveu uma teoria alternativa, com a intenção de dar voz às mulheres na discussão sobre o desenvolvimento moral. Ela sugeriu que as mulheres têm uma voz moral diferente e descrevem situações morais utilizando uma linguagem diferente. C. Gilligan considera a construção de um dilema moral nas mulheres como uma luta entre uma ética do cuidado e a responsabilidade individual para com elas próprias e para com os outros. O facto de acreditar que as mulheres discutem um problema moral de forma diferente dos homens explica o facto de elas não se desenvolverem moralmente de acordo com o modelo de L. Kohlberg.

¹² P. Munhall é professora de enfermagem em Seaton Hall University, New Jersey.

¹³ M. Cameron, M. Schaffer e H. Park realizaram um estudo com 73 estudantes de enfermagem, no sentido de perceberem qual era a experiência dos mesmos em problemas éticos envolvendo a prática de enfermagem e em usar um modelo de tomada de decisão. Concluíram que a maioria dos problemas éticos com que os estudantes se deparavam se relacionava com a equipa de enfermagem (medicamentos e tratamentos inapropriados, qualidade dos cuidados, comportamentos perigosos, obrigar os doentes a alimentarem-se e

Em Portugal, O. Lourenço e M. César realizaram um estudo em que compararam os métodos utilizados por L. Kohlberg e J. Rest para avaliação do desenvolvimento moral e experimentaram uma tradução portuguesa do teste de J. Rest (Minnesota) numa amostra transversal constituída por 109 crianças, 69 jovens, 123 estudantes universitários e 49 adultos, concluindo que aquela tradução poderia ser usada na investigação moral portuguesa, uma vez que os dados portugueses foram consistentes com a teoria de J. Rest. Porém, os autores recomendavam alguma cautela na utilização da tradução portuguesa, essencialmente por considerarem que a amostra por eles utilizada não foi significativa nem representativa. Além disso, na opinião de O. Lourenço e M. César “ [...] a avaliação do desenvolvimento moral de um indivíduo fornece uma reconstrução racional da ontogénese do seu raciocínio moral, nunca uma medida do valor moral desse indivíduo.” ^(61 p. 190). Estes autores acrescentam que esta impossibilidade de medir o valor moral reside no facto de todas as pessoas merecerem o mesmo valor e consideração.

Em 1995, L. Ribeiro fez um estudo no sentido de saber como é que os estudantes de enfermagem perspectivavam (no início e no fim do curso) a sua prática futura como enfermeiros e se o curso de enfermagem promovia ou não o seu desenvolvimento moral. A autora afirmava no início do seu estudo que os enfermeiros têm pouca autonomia ética, pelo que necessitam assumir a responsabilidade e o controlo da sua prática para poderem ter um papel moral e ético mais activo. Justificava a sua posição com o facto de serem os enfermeiros que, pela continuidade do seu contacto com os utentes e famílias, se apercebem geralmente primeiro de situações que implicam problemas éticos. Por tudo isso, L. Ribeiro considerava ser “ [...] importante que a educação em enfermagem prepare as estudantes para tomadas de decisão justas em situações dilemáticas.” ^(p. 16). Após analisar todos os dados obtidos, a autora chegou a várias conclusões, das quais

violação da confidencialidade). No que se referiu à utilização de um modelo de tomada de decisão ética, 85% dos estudantes considerou que o modelo tinha utilidade ⁽¹¹⁷⁾.

¹⁴ J. Auvinen [et al] fizeram um estudo quantitativo com os objectivos de descrever o raciocínio moral dos estudantes de enfermagem finlandeses entre o primeiro e o último ano do curso e compreender como o ensino da ética influenciava o seu desenvolvimento. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Defining Issues Test – desenvolvido por J. Rest ⁽⁹⁴⁾.

¹⁵ P. Baxter e S. Boblin, professores na McMaster University, School of Nursing no Canadá, fizeram uma reflexão teórica sobre as razões que podem conduzir a um comportamento não ético da parte dos estudantes de enfermagem, com base nas teorias de L. Kohlberg, J. Rest e C. Gilligan ⁽⁷⁵⁾.

sobressai a de que “o curso tem um impacto reduzido, ou talvez nulo, no desenvolvimento sócio-moral dos estudantes” (p. 88). Neste sentido, L. Ribeiro aconselhava uma intervenção curricular e fez algumas reflexões fundamentais, relacionadas, inclusivamente, com o facto de parecer que, apesar das escolas de enfermagem terem feito algum esforço de inovação curricular em 1991 (em que o ensino de enfermagem passou a integrar o ensino superior), “a abordagem das questões éticas em enfermagem não se reflectiu no desenvolvimento dos estudantes” (p. 102). Apesar de se considerar que os dados obtidos pela autora não devem nem podem ser generalizados e que, além disso, o estudo feito pela mesma já ocorreu há bastante tempo, L. Ribeiro fez algumas sugestões que continuam a ser bastante actuais e pertinentes, entre as quais se evidenciam as seguintes: promover discussões com os estudantes sobre códigos de ética em enfermagem (a autora salientou, aqui, a sua inexistência na altura em Portugal), direitos dos utentes e legislação existente; promover reuniões de grupos que oferecessem aos estudantes oportunidades de apresentarem situações dilemáticas vivenciadas por eles e utilizar nestas discussões os recursos teóricos adequados ⁽⁵⁸⁾.

Em 1999, M. Lopes realizou um estudo de natureza descritiva e exploratória com a finalidade de saber quais eram, e que características possuíam, as concepções de enfermagem dos enfermeiros prestadores de cuidados há, pelo menos, cinco anos. Tentou ainda perceber o desenvolvimento do raciocínio sócio-moral dos respectivos enfermeiros e estudou as relações entre desenvolvimento sócio-moral na perspectiva de L. Kohlberg e concepções dos enfermeiros sobre a sua profissão. A amostra era constituída por todos os enfermeiros ligados à prestação de cuidados com mais de cinco anos de serviço, dos hospitais distritais de Évora, de Beja e de Portalegre. Ao terminar o seu trabalho, M. Lopes fez algumas sugestões, das quais se salienta: que as escolas de enfermagem promovessem o desenvolvimento sócio-moral dos seus estudantes e investissem na estruturação do curso superior de enfermagem ⁽³⁷⁾.

Como se pode verificar, os vários autores mencionados já consideravam o desenvolvimento moral fundamental nos cursos de enfermagem e sugeriam um investimento nesta área.

Porém a maioria dos estudos referia-se ao desenvolvimento moral, o que está mais directamente relacionado com a interiorização de normas e regras impostas pela sociedade e pela profissão. Existe, no entanto, alguma divergência de opiniões e são vários os pensadores que fazem a distinção entre moral e ética, sobretudo no que se

refere ao facto de considerarem a moral como normativa e com um certo carácter de obrigação a cumprir, sendo a ética o espaço que nos é dado para reflectir, argumentar e decidir. Neste sentido, é de se referir P. Ricoeur, o qual reserva o termo “ética” para a intenção da vida boa – realizada sob o signo das acções estimadas boas – e o termo “moral” para o lado obrigatório – marcado por normas, obrigações e interdições caracterizadas ao mesmo tempo por uma exigência de universalidade e por um efeito de constrição. O ilustre filósofo francês acrescenta que se pode, facilmente, reconhecer na distinção entre intenção de vida boa e obediência às normas, a oposição entre duas heranças:

- uma herança Aristotélica – na qual a ética é caracterizada pela sua perspectiva teleológica (de *télos*, fim);
- uma herança Kantiana – na qual a moral é definida pelo carácter de obrigação da norma, portanto de um ponto de vista deontológico. ⁽⁶²⁾

É de salientar, também, a distinção feita entre “moral” e “ética” por I. Renaud e M. Renaud, os quais consideram que a ética está mais relacionada com a interioridade dos actos, enquanto a moral se liga mais aos hábitos, isto é, actos repetidos. A ética é mais “pessoal” e procura a fundamentação do agir, ao passo que a moral mostra como as leis se formam e se aplicam aos casos concretos mediante o recurso aos valores. Neste contexto, os autores atrás citados afirmam que o ser humano quando acede à tomada de consciência reflexiva já encontra em todo o meio que o rodeia a presença de hábitos, usos, costumes, obrigações sociais, individuais, de leis “morais”, referindo-se à exterioridade com que distinguem a moral, e que provém da família ou da sociedade em que cada pessoa está inserida. Enquanto a pessoa aceita, pratica ou recusa essas normas, não ultrapassa o grau de exterioridade. Porém, quando interioriza o conteúdo das leis morais e efectua reflexivamente esta interiorização, é preciso passar da moral para a ética. Paralelamente, para dar peso aos fundamentos que a ética descobre, passa da ética para a moral ⁽⁶³⁾.

Como exemplo, pode, ainda, citar-se Y. de La Taille, L. Souza e L. Vizioli ao afirmarem que se pode falar em moral para designar os valores, princípios e regras, que uma determinada comunidade ou um determinado indivíduo legitima, e falar em ética quando nos referimos à reflexão sobre tais valores, princípios e regras ⁽⁶⁴⁾. Y. de La Taille considera que a moral nos remete para a dimensão da lei, da obrigatoriedade ou, na terminologia kantiana, do imperativo categórico. O autor acrescenta que as regras morais são prescritivas e precisas em relação ao que

devemos fazer ou não e que conhecer regras, princípios e valores morais é fundamental, mas não implica a sua aceitação de uma forma passiva, exigindo reflexão e espírito crítico ⁽⁶⁵⁾.

Em síntese pode, pois, concluir-se que é nesta reflexão e nesta crítica que reside a essência da ética, o que leva a afirmar que a ética, contrariamente à moral, não é prescritiva mas abre espaço à reflexão. Neste sentido, a estratégia pedagógica a seguir não se deve limitar a uma simples transmissão de conhecimentos e descrição de factos, mas deve também procurar sensibilizar os estudantes para as questões éticas e para o aprofundamento da reflexão crítica sobre essas questões. O objectivo não é fornecer um catálogo de regras de bom comportamento, mas “transmitir processos” de pensamento, de interrogação, de crítica das tradições ⁽⁶⁶⁾.

Os estudantes precisam de aprender a pensar criticamente, para além de aprenderem um conjunto de conhecimentos morais, sendo as competências em pensamento crítico fundamentais para o processo de reflexão e tomada de decisão acerca de aspectos éticos de cuidados de saúde ⁽⁶⁷⁾.

No contexto dos cuidados de enfermagem também se pode considerar a moral como um conjunto de valores, normas, regras e hábitos numa determinada comunidade e, neste sentido, fala-se na moralidade da profissão de enfermagem num determinado país ou cultura. Porém, na dinâmica dos cuidados de enfermagem do dia-a-dia, nem sempre é claro o que é o melhor a fazer e as questões surgem com frequência sendo, então, a ética considerada uma reflexão sobre os valores morais, normas e virtudes e o seu significado em contextos reais ⁽⁶⁸⁾.

Conclui-se, portanto, que existem algumas diferenças entre desenvolvimento moral e desenvolvimento da competência ética uma vez que, no momento actual, e como já foi referido algumas vezes, não basta adquirir maturidade e respeitar as normas e princípios morais e universais. É cada vez mais necessário fazer uma adequada utilização de todos os conhecimentos, normas e princípios, tendo sempre o cuidado de reflectir e ponderar em cada situação concreta. Além de tudo isto, os tratados da moral nem sempre têm respostas para os novos problemas que emergem cada vez em maior número e complexidade.

Por isso, com base nos vários autores consultados, quer no que se refere a competências ^{(15) (16)}, quer no que respeita à diferença entre moral e ética ^{(62) (63) (64) (65)}, importa clarificar alguns conceitos cuja distinção contribui para a justificação do estudo que se pretende realizar:

- **maturidade sócio-moral:** comportamento em conformidade com as leis e normas vigentes na sociedade e cultura a que se pertence;
- **competência ética:** capacidade de mobilizar e integrar recursos, de modo a agir o mais adequadamente possível em cada situação concreta e sempre única, tomando por base as leis, os princípios, as normas e a deontologia, mas sem limitar-se a eles;
- **competência ética em enfermagem:** capacidade de identificar um problema ético, reflectir sobre o mesmo, ponderar as várias alternativas, tomar uma decisão e agir, tendo sempre como princípio o respeito pela dignidade de cada pessoa. Implica uma correcta mobilização de recursos, tomando como base os conhecimentos, as leis, os princípios, as normas e a deontologia, mas sem limitar-se a eles;
- **problema ético:** toda a situação que necessita de um debate ético ou de uma tomada de decisão que implica um conflito de valores morais ⁽⁴⁰⁾.

Existem inúmeros autores que consideram a competência ética fundamental para a excelência dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: na Inglaterra ^{16 17}; na Turquia¹⁸; na Coreia^{19 20}; no Reino Unido²¹; no Brasil²², nos Estados Unidos da América^{23 24} e na Finlândia²⁵.

¹⁶ S. Han e S. Ahn fizeram um estudo com o objectivo de analisar os tipos e frequências de dilemas éticos, o raciocínio para a tomada de decisão ética dos alunos e também de avaliar esta última. Os dilemas éticos mais frequentes relacionavam-se com o abandono de doentes incuráveis por parte de algumas famílias e com a ocultação da informação verdadeira a alguns doentes. Os princípios mais aplicados foram o da veracidade e o da não-maleficência. A primeira preocupação era o presumível bem-estar do doente. Os autores concluíram que os alunos demonstravam um pensamento crítico e reflexivo quando experienciavam dilemas éticos ⁽¹¹⁸⁾.

¹⁷ S. Parsons, P. Barker e A. Armstrong procuraram saber como se processava o ensino de ética a estudantes de enfermagem, utilizando o método de Delphi ⁽¹¹⁹⁾.

¹⁸ L. Dinç e R. Görgülü fizeram um estudo em que pretendiam saber a opinião dos estudantes sobre os conteúdos de ética de enfermagem nos currículos dos cursos, os métodos de avaliação e características dos professores. A maioria dos estudantes considerou que as discussões de estudos de casos, usando princípios éticos, aspectos legais e o Código de Ética Internacional para Enfermeiros eram muito úteis para o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão ética. Os autores enfatizam a necessidade de formação nos estudantes de enfermagem no sentido de estes desenvolverem competências para a tomada de decisão ética ⁽⁹⁵⁾.

¹⁹ H. Park [et al] realizaram um estudo que foi uma réplica do efectuado por M. Cameron, M. Schaffer e H. Park nos Estados Unidos da América. Os autores fizeram uma comparação dos resultados Coreanos e Americanos, sugerindo algumas implicações para a educação, prática

Em Portugal, sobretudo desde que foram iniciados cursos de mestrado em bioética e ciências de enfermagem e doutoramentos em enfermagem, também têm sido feitos vários estudos relacionados com a competência ética dos estudantes de enfermagem.

Em 1998, A. Figueiredo realizou um estudo no âmbito do mestrado em Ciências de Enfermagem com o intuito de saber se os alunos tinham vectores de formação capazes de orientar o seu agir, em conformidade com princípios éticos fundamentais, se possuíam uma atitude reflexiva e se exerciam a sua liberdade e autonomia nas suas decisões. Procurou, ainda, saber se a *praxis* educativa do

e pesquisa em ética de enfermagem e concluindo pela necessidade de mais estudos neste âmbito ⁽¹²⁰⁾.

²⁰ Y. Kim [et al] fizeram um estudo longitudinal para observarem o desenvolvimento do raciocínio moral em estudantes de enfermagem. Concluíram que os estudantes não experienciam os dilemas morais da mesma forma e que o seu raciocínio se desenvolve ao longo dos anos de estudo ⁽⁹⁷⁾.

²¹ P. Nolan e D. Market realizaram um estudo quantitativo com os estudantes de enfermagem no sentido de verificarem a eficácia dos cursos de ética na Inglaterra, pesquisando a sua compreensão ética e as mudanças durante os quatro anos de formação. Concluíram que a habilidade dos estudantes para pensarem numa perspectiva ética progredia à medida que se tornavam mais maduros como pessoas e profissionais ⁽⁹⁶⁾.

²² E. Zoboli realizou um estudo com os objectivos de identificar e comparar os problemas éticos vividos pelos enfermeiros e médicos do programa Saúde da Família no Município de São Paulo e os fundamentos que estavam na base da tomada de decisão perante os mesmos. Concluiu que os problemas éticos mais frequentes estavam, geralmente, relacionados com preocupações do quotidiano da atenção à saúde e que, de uma maneira geral, os enfermeiros e médicos se preocupavam em preservar os direitos individuais dos clientes ⁽¹²¹⁾.

²³ L. Callister [et al] fizeram um estudo com o objectivo de descrever o raciocínio ético dos estudantes finalistas num curso de licenciatura em enfermagem. Para isso, pediram aos estudantes para fazerem registos diários durante a aprendizagem clínica, que posteriormente analisaram numa perspectiva qualitativa. Entre outros aspectos, concluíram que os registos permitiam o crescimento dos estudantes, uma vez que articulavam os seus valores e crenças e compreendiam a importância de os incorporar na prática. Os autores referem, ainda, que os estudantes finalistas conseguem fazer a descrição completa de uma situação e como esta se relaciona com a prática ética ⁽⁷⁴⁾.

²⁴ M. Langone, após comprovar a existência de inúmeros estudos que encontraram correlação entre práticas não éticas dos estudantes e o seu comportamento posteriormente como enfermeiros, considerou importante “instilar o sentido da ética em todos os estudantes de enfermagem” (p. 45), pelo que desenvolveu um programa intitulado HIRRE (honestidade, integridade, respeito, responsabilidade e ética). Este programa consiste num código de honra, assinado pelos estudantes que, caso não o cumpram, são sujeitos a diferentes punições ⁽⁷⁶⁾.

²⁵ O. Numminen, A. Arend e H. Leino-Kilpi realizaram um estudo em 2009 com 183 professores e 212 estudantes de enfermagem, cuja finalidade era adquirir conhecimentos que ajudassem ao desenvolvimento da educação em ética de enfermagem. Entre vários outros aspectos, concluíram que: a existência de códigos é muito importante bem como a sua aplicação, apesar das novas questões que se colocam nos cuidados de saúde actuais; os códigos são uma parte importante na educação ética em enfermagem, mas os métodos correntes de ensino necessitam desenvolvimento. Os autores acrescentam que o ensino de ética é necessário para cobrir algumas falhas ou imperfeições dos códigos ⁽⁵²⁾.

professor se orientava no sentido de promover o desenvolvimento integral do aluno. A amostra foi constituída por trinta e cinco estudantes finalistas da Escola Superior de Enfermagem da Guarda. Concluiu que os alunos eram detentores de uma atitude ética predominante, na sua relação com os utentes e com as instituições de saúde, sendo a sua *praxis* orientada essencialmente por uma perspectiva ético-moral. Apesar disso, não se evidenciou o exercício pleno da sua autonomia e liberdade, possivelmente por factores normativos ligados às organizações e ao seu estatuto de aluno. Por outro lado, o plano de estudos incluía matéria que, em certa medida, promovia o desenvolvimento integral do aluno, em concreto no domínio cognitivo, afectivo e ético-moral. Contudo seria benéfico introduzir algumas alterações no plano de estudos e no modelo de formação, de forma a melhorar a aquisição de competências de índole ética, quer dos alunos quer dos professores ⁽⁶⁹⁾.

Em 2000, J. Moura fez um estudo que tinha como principal intenção despertar para a importância e necessidade do estudo da fundamentação da moral, na formação humana dos estudantes de enfermagem, ou seja, salientar a importância da formação moral ajustada às necessidades da enfermagem actual ⁽⁷⁰⁾.

M. Patrão Neves e M. Barcelos elaboraram um inquérito durante o primeiro semestre do ano lectivo 2002/2003, dirigido a 36 estabelecimentos de ensino superior que conferiam o grau de Licenciatura em Enfermagem. Este inquérito, constituído por cinco questões, tinha por finalidade conhecer o destaque dado por cada escola ao ensino da ética, conteúdos programáticos leccionados e temáticas consideradas prioritárias no contexto do ensino e da prática, no sentido de elaborar uma publicação, que viesse efectivamente a responder às necessidades e expectativas dos enfermeiros. Concluíram, entre outros aspectos, que se notava um crescente interesse não só pela área da bioética como também pela formação específica dos responsáveis pelas unidades curriculares com ela relacionadas ⁽⁷¹⁾.

Em 2003, M. Rocha realizou um estudo quantitativo e de natureza descritiva e exploratória, no âmbito do mestrado em Bioética, em que pretendeu saber quais os contributos que os alunos do curso de enfermagem consideravam ter recebido para a formação de uma consciência ética. A população-alvo do seu estudo foi constituída por todos os alunos do 4º ano das escolas da região norte do país e utilizou uma amostra acidental constituída por quatrocentos alunos, os quais responderam a um questionário com cinquenta e duas afirmações, organizadas em quatro temas: conceito de consciência ética, factores internos e externos que influenciam a

formação da consciência ética e o nível de desenvolvimento da consciência ética dos alunos. Das várias conclusões a que chegou a autora, salienta-se a de que 76% dos estudantes reconheceu a influência do seu professor e considerou dever ter formação específica. Apesar de chamar a atenção para o facto dos dados obtidos não se poderem generalizar, M. Rocha salientou a importância do ensino em enfermagem dever privilegiar uma tripla orientação: ética, deontológica e moral ⁽⁷²⁾.

Em 2003, A. França, no âmbito do doutoramento em Filosofia, fez um estudo fenomenológico com o objectivo de procurar contributos para a compreensão da consciência bioética dos enfermeiros, nomeadamente sobre o modo como esta emerge, se desenvolve e se concretiza no agir. Concluiu que: os enfermeiros entrevistados não aceitavam nem compreendiam uma abordagem parcelar aos seus doentes em que apenas a componente física fosse valorizada; o respeito pela pessoa doente estava presente, havendo situações em que os enfermeiros sofriam e se revoltavam com a falta de respeito por parte de outras pessoas; este respeito pelo outro era patente no modo como a autonomia e a vontade do doente eram perspectivadas, atendendo sempre que possível aos seus desejos, ou mesmo tentando adivinhá-los; a ponderação de todas as vertentes da situação era uma preocupação dos enfermeiros e o cuidar manifestava-se através de vários sentimentos, por exemplo, como um sentimento de protecção, considerado frequentemente como uma obrigação ⁽⁵³⁾.

Em 2006, M. Magalhães, no âmbito do mestrado em Bioética e Ética Médica, fez um estudo qualitativo e de natureza descritiva e exploratória, o qual tinha como objectivos: identificar questões éticas que se colocam na formação prática do aluno de enfermagem, nomeadamente na relação enfermeiro orientador/aluno/doente; analisar as diferentes formas de tomada de decisão por parte dos diferentes actores (enfermeiros orientadores e alunos) face às questões éticas colocadas no ensino clínico, analisar pontos de divergência e convergência nas tomadas de decisão entre os diferentes actores e propor alterações, se necessário, no âmbito do processo formativo. A autora utilizou entrevistas semi-directivas para a colheita de dados e a amostra foi constituída por enfermeiros orientadores, alunos e doentes de um serviço de cirurgia. M. Magalhães chegou a várias conclusões no seu estudo, das quais é de salientar a de que surgem várias questões éticas na prática profissional, quer para os enfermeiros orientadores quer para os estudantes, perante as quais há que decidir e agir tendo como guias orientadoras a lei e a ética ⁽⁷³⁾.

De toda a pesquisa efectuada, pode compreender-se a importância da competência ética em enfermagem, a preocupação com esta questão por parte de várias pessoas directamente ligadas ao ensino e o facto de ser uma temática estudada e a estudar em qualquer parte do mundo, havendo até sugestões dos vários autores mencionados no sentido de se realizarem novos estudos.

Porém, dos estudos consultados no que respeita aos autores que fazem referência a competências éticas, conclui-se que muitos deles utilizaram como ponto de partida a teoria do desenvolvimento moral de L. Kohlberg ou o teste de definir valores morais de J. Rest, existem vários estudos quantitativos, estudos realizados com enfermeiros e outros que tentaram identificar questões éticas com que os estudantes se deparavam mais frequentemente ou contributos que os estudantes consideravam ter recebido no que se refere à disciplina de ética. Assim, fica demonstrada a importância de um estudo no sentido de compreender como se desenvolve a competência ética dos estudantes. A corroborar esta conclusão, também L. Callister e outros, após efectuarem uma revisão da literatura existente, afirmaram que a maioria dos estudos se referia mais à prática da enfermagem e que a literatura relativa à ética na educação em enfermagem era bastante escassa ⁽⁷⁴⁾.

Além de tudo, na experiência quotidiana, verifica-se por vezes que o comportamento dos estudantes e dos enfermeiros nem sempre é o mais ético e, como afirmam Y. de La Taille, L. Souza e L. Vizioli, “se as discussões contemporâneas certamente reflectem um progresso da reflexão humanista, também parecem traduzir um sintoma de crise social de valores” ^(64 p. 93). Outros autores vão mais longe e chegam a afirmar que nos últimos trinta anos se tem observado um aumento do comportamento não ético nos estudantes de enfermagem, acrescentando que o mesmo pode até ter um efeito imediato e directo na saúde dos doentes ^{(75) (76)}.

Sabendo que cada estudo acrescenta sempre ao corpo de conhecimentos acumulado algum pormenor ou aspecto inovador, e decorrente de todas as ideias retidas, surgiu a principal questão de investigação: Como se desenvolve a competência ética dos estudantes de enfermagem ao longo do Curso de Licenciatura? Neste sentido, salienta-se a necessidade de uma reflexão em pormenor sobre esta questão central, com o fim de clarificar, perceber como é que os estudantes de enfermagem desenvolvem, se apropriam da competência ética, se existem factores que influenciam o seu desenvolvimento e quais são, no sentido de se ir gradualmente construindo uma teoria explicativa.

A questão do desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem situa-se na intersecção das ciências de enfermagem e das ciências da educação, uma vez que os enfermeiros se interrogam e se deparam muitas vezes com problemas éticos e os professores questionam a sua capacidade de contribuir para o desenvolvimento de competências nos estudantes, de modo a que estes sejam capazes de fazer um raciocínio ético e tomar decisões. Considera-se, portanto, que o estudo desta temática é necessário e ajudará a compreender como se deve orientar melhor aqueles que fazem a sua formação em enfermagem, para que sejam mais capazes de prestar cuidados de excelência, no respeito pela pessoa e pela sua dignidade.

Assim, o presente estudo tem como principal objectivo explicar o processo de aquisição e desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem ao longo do curso de licenciatura, do qual decorrem outros objectivos mais específicos, nomeadamente:

- Identificar o(s) momento(s) do curso a partir dos quais os estudantes reconhecem a existência de problemas éticos;
- Analisar o tipo de raciocínio feito pelos estudantes de enfermagem perante problemas éticos identificados;
- Relacionar a forma como os estudantes reflectem e tomam decisões perante problemas éticos com a fase de aprendizagem em que se encontram;
- Identificar factores facilitadores ou inibidores da análise, reflexão e tomada de decisão por parte dos estudantes;
- Analisar a congruência entre a reflexão e acção dos estudantes.

1.3 REFERÊNCIAS

1. THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M. & BOYD, Kenneth M. *Nursing ethics*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006. ISBN 978 0 443 101 38 0.
2. DIAS, Maria de Fátima. *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.

3. BEVIS, Olívia & WATSON, Jean. *Toward a care curriculum: a new pedagogy for nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2000. ISBN 0-7637-1248-5.
4. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: s.n., 2006.
5. COSTA, Alberto. *Enfermagem: guia da enfermeira profissional e auxiliar do médico prático*. 2ª ed. Coimbra: Livraria Moura Marques, 1942.
6. SILVA, Ana Isabel. *A arte de enfermeiro. Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN 978-972-8704-99-5.
7. NUNES, Lucília. *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 9789728383305.
8. COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 978-972-757-109-3.
9. —. *Soigner... le premier art de la vie*. 2^{me} ed. Paris: Masson, 2001. ISBN 2-294-00555-4.
10. VIEIRA, Margarida. *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda, 2007. ISBN 972-54-0146-8.
11. BENNER, Patricia [et al]. *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco: Jossey- Bass, 2010. ISBN 978-0-470-45796-2.
12. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto da ordem dos enfermeiros com a nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
13. SINI-BERTHOLET, Christiane. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Rôle de la formation initiale et de l'expérience professionnelle. <http://membres.lycos.fr/christianesini/Doctorat/Glossaire.pdf>. [Online] 2000 [Citação: 23 de Maio de 2007].
14. PACHECO, Susana e ROSA, Darci de Oliveira Santa. Importância do desenvolvimento de competências éticas na formação em enfermagem. *Nursing (Edição Portuguesa)*. 2009, Vol. 242, pp. 8-13.
15. LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 9788536301297.
16. PERRENOUD, Philippe. *Construire des compétences dès l'école*. 4^{me} ed. Paris: ESF, 2008. ISBN 978-2-7101-1922-7.

17. TEXTO DA DECLARAÇÃO DE BOLONHA: Declaração conjunta dos Ministros da Educação Europeus reunidos em Bolonha. <http://216.239.59.104/search?q=cache:XXEnSZmHnl0J:aauab.no.sapo.pt/bolonha/declaracaobolonha.pdf+declara%C3%A7>. [Online] 1999 [Citação: 2 de Outubro de 2007].
18. SCHÖN, Donald. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 8573076380.
19. QUEIROZ, Ana Albuquerque. Perspectiva histórica da constituição da profissão. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 19-32. ISBN 972-603-326-8.
20. CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
21. HESBEEN, Walter. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
22. DENEKENS, Joke & ROSSUM, Herman van. Competency based learning in the bachelor – master structure: an analysis and an example. http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir_bolonha/sems/c1/03_hvrjd.pdf. [Online] [Citação: 23 de Janeiro de 2011].
23. FAUSTINO, Maria Filomena Fonseca da Costa Oliveira Filipe. *A competência como novo paradigma curricular no ensino superior: um estudo exploratório de inovação pedagógica para o desenvolvimento de competências*. Lisboa: Departamento de Economia, 2009. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do grau de mestre.
24. ROLDÃO, Maria do Céu. *Gestão do currículo e avaliação de competências: as questões dos professores*. 5ª ed. Barcarena: Editorial Presença, 2008. ISBN 978-972-23-3086-2.
25. ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. *Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto*.
26. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR. *Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março*.
27. GODOY, Christine Baccarat de. O curso de enfermagem da universidade estadual de londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 10: 4. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000400

- 018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt [Online] 2002 [Citação: 23 de Setembro de 2007].
28. PERRENOUD, Philippe e THURLER, M. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 8536300213.
29. PERRENOUD, Philippe. *Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe*. 2^{me}. ed. Paris: ESF, 1999. ISBN 2-7101-1350.3.
30. MASETTO, Marcos T. Ética, compromisso e competência. Revista Pucviva, São Paulo. [http:// www.apropucsp.org.br/revista/r27_r13.htm](http://www.apropucsp.org.br/revista/r27_r13.htm). [Online] 2006 [Citação: 3 de Outubro de 2007].
31. LOPES, Manuel José. *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.
32. ZARIFIAN, Phllippe. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora Senac, 2003. ISBN 8573593458.
33. MOURA, Maria Lúcia Costa de. Ensino de competência e para competência na enfermagem. Enfermeria Global: Revista electrónica semestral de enfermeria. [http:// www.um.es/global/6/06c02p.html](http://www.um.es/global/6/06c02p.html). [Online] 2005 [Citação: 3 de Novembro de 2007].
34. WATSON, Jean. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999. ISBN 0-7637-1111-X.
35. VIEIRA, Margarida. *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Lisboa, 2002. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.
36. FRY, Sara T. & JOHNSTONE, Megan-Jane. *Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making*. 2nd. Oxford: International Council of Nurses, 2002. ISBN 0-632-05935-4.
37. LOPES, Manuel José. *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica 2000, 1999. ISBN 9789729814907.
38. NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New edition revised and enlarged. London: Harrison and sons, 1860.

39. FERNANDES, Olga. *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-36-3.
40. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: Imprimerie Fornara, 2006. ISBN 92-95040-41-4.
41. AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Code of ethics for nurses. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx>. [Online] 2001 [Citação: 14 de Março de 2011].
42. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS CATÓLICOS. *Código de deontologia dos profissionais de enfermagem*. Lisboa: s.n., 1961.
43. ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SAÚDE. *Código de deontologia para profissionais de enfermagem*. Lisboa: s.n., 1973.
44. SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES. *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa: s.n., 1996.
45. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: s.n., 2001.
46. MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical nursing: development & progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.
47. WATSON, Jean. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Revised edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008. ISBN 978-0-87081-898-1.
48. MARÇAL, Teresa. *Compaixão e empatia*. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 277-290. ISBN 972-603-326-8.
49. SIMÕES, Mário Manuel Monteiro. *Humanização dos cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. Braga: Faculdade de Filosofia, 2005. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Filosofia, especialização em Bioética.
50. BLONDEAU, Danielle. *Éthique et soins infirmiers*. 2^{me} ed. Québec: Les Presses de L'Université de Montréal, 2006. ISBN 2-7606-1740-8.
51. NUNES, Lucília. Contributos da enfermagem para a bioética. De duas senhoras caminhando juntas. *Servir*. 2007, Vol. 3, pp. 86-90.

52. NUMMINEM, Olivia; AREND, Arie van der & LEINO-KILPI, Helena. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. [ed.] Sage Publications. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 1, pp. 69-82.
53. FRANÇA, Ana Paula. *A emergência da consciência bioética e o cuidar*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2003. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.
54. GÂNDARA, Manuela. Dilemas éticos e processo de decisão. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 403-416. ISBN 972-603-326-8.
55. GASTMANS, Chris. A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9, pp. 494-507.
56. CONSELHO JURISDICIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Recomendações relativas ao ensino da ética e deontologia no curso de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2006, Vol. 23, pp. 14-20.
57. KRAWCZYK, Rosemar & KUDZMA, Elisabeth. Ethics: a matter of moral development. *Nursing Outlook*. 1978, Vol 26: 4, pp. 254-257.
58. RIBEIRO, Lisete Fradique. *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa-Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995. ISBN 972-8036-11-6.
59. PACHECO, Susana. Competências éticas em enfermagem: uma revisão da literatura. *CuidArte*. 2008, Vol. 2: 1, pp. 79-84.
60. MUNHALL, Patrícia L. Moral development: a prerequisite. *Journal of Nursing Education*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17302100&lang=pt-br&site=ehost-live>. [Online] 1982 [Citação: 4 de Novembro de 2007].
61. LOURENÇO, Orlando e CÉSAR, Margarida. Teste de definir valores morais de James Rest: pode ser usado na investigação moral portuguesa? *Análise Psicológica*. 1991, Vol. 2: IX, pp. 185-192.
62. RICOEUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990. ISBN 2-02-011458-5.
63. RENAUD, Isabel e RENAUD, Michel. Ética e Moral. [autor do livro] Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald. *Bioética*. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo, 1996, pp. 34-40. ISBN 972-22-1719-4.

64. TAILLE, Yves de La; SOUSA, Lucimara Silva de e VIZIOLI, Letícia. Ética e educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003. *Educação e Pesquisa*. 2004, Vol. 30:1, pp. 91-108.
65. TAILLE, Yves de La. Construção da consciência moral. *Prima Facie*. 2008, Vol. 2, pp. 7-29.
66. NUSSBAUM, Martha Craven. Cultivating humanity: a classical defense of reform in liberal education. http://books.google.pt/books?id=v3yZAlhMlZsC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=education&f=false [Online] 2003 [Citação: 3 de Novembro de 2010].
67. DUCKETT, Laura J. & RYDEN, Muriel B. Education for ethical nursing practice. [autor do livro] James R. Rest & Darcia Narváez. *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*. New Jersey: Taylor & Francis e- Library, 1994, pp. 51-70. ISBN 0-8058-1539-2.
68. HUNINK, Gert [et al]. Moral issues in mentoring sessions. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 4, pp. 487-498.
69. FIGUEIREDO, Abílio. *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa, 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.
70. MOURA, Júlia. *Formação da consciência moral: consciencialização dos estudantes de enfermagem*. Lisboa, 2000. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.
71. NEVES, Maria do Céu Patrão e BARCELOS, Marta. O ensino da “ética” nas escolas superiores de enfermagem: inquérito nacional. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 555-565. ISBN 972-603-326-8.
72. ROCHA, Maria Lúcia. *Repensar o ensino de enfermagem: para enfrentar os novos desafios da bioética*. Porto: Faculdade de Medicina, 2003. Dissertação apresentada à Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Bioética.
73. MAGALHÃES, Maria da Assunção Gomes. *Formação prática do aluno de enfermagem: questões éticas*. Porto: Faculdade de Medicina, 2006. Dissertação

apresentada à Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Bioética e Ética Médica.

74. CALLISTER, Lynn [et al]. Ethical reasoning in capstone students. *International Journal for Human Caring*. 2004, Vol. 8: 2, pp. 54-60.
75. BAXTER, Pamela & BOBLIN, Sheryl. The moral development of baccalaureate nursing students: understanding unethical behavior in classroom and clinical settings. *Journal of Nursing Education*. 2007, Vol. 46, pp. 20-27.
76. LANGONE, Melissa. Promoting integrity among nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2007, Vol. 46: 1, pp. 45-47.
89. LIMA, Luísa. Atitudes: estrutura e mudança. [autor do livro] Jorge Vala e M. Benedicta Monteiro. *Psicologia social*. 8ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 187-225. ISBN 9789723108453.
94. AUVINEN, Jaana [et al]. The development of moral judgement during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bnh&AN=101769&app; lang=pt-br&site=ehost-live>. [Online] 2004 [Citação: 4 de Novembro de 2007].
95. DINÇ, Leyla e GÖRGÜLÜ, Refia Selma. Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 259-268.
96. NOLAN, Peter W. & MARKET, Doreen. Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 243-258.
97. KIM, Yon'g-Soon [et al]. A longitudinal study on the development of moral judgement in Korean nursing students. *Nursing Ethics*. 2004, Vol. 11: 3, pp. 254-265.
117. CAMERON, Miriam; SCHAFFER, Marjorie & PARK, Hyeoun-Ae. Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Nursing Ethics*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=>. [Online] 2001 [Citação: 2 de Dezembro de 2007].
118. HAN, Sung-Suk & AHN, Sung-Hee. An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2000, Vol. 7: 2, pp. 113-123.

119. PARSONS, Shaun; BARKER, Philip J. & ARMSTRONG, Alan E. The teaching of health care ethics to students of nursing in the UK: a pilot study. *Nursing Ethics*. 2001, Vol. 8: 1, pp. 45-56.
120. PARK, Hyeoun-Ae [et al]. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2003, Vol. 10: 6, pp. 638-653.
121. ZOBOLI, Elma. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2003. Tese de doutorado apresentada à Universidade de São Paulo.
129. MORIN, Edgar. *On complexity*. Paris: Hampton Press, 2008. ISBN 978-1-57273-801-0.
133. FREITAS, Genival Fernandes e FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Ética e moral. [autor do livro] Taka Oguisso e Elma Zoboli. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Editora Manole, 2006, pp. 45-60. ISBN 85-204-2339-6.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

Ao iniciar o caminho metodológico de uma investigação, o primeiro aspecto a ter em conta consiste na selecção dos métodos de pesquisa e das técnicas a usar para estruturar o estudo e reunir e analisar informações que sejam relevantes. Esta escolha depende em grande parte da natureza da questão de investigação, da inclinação pessoal e da própria forma do pesquisador “olhar o mundo e os outros”^{(77) (78)}.

Após clarificada a posição em relação ao tema a estudar, importa agora descrever o caminho delineado e percorrido, no sentido de procurar respostas para as questões e atingir os objectivos propostos.

Assim, a primeira fase, de Março de 2007 a Janeiro de 2008, foi o período destinado a delimitar o objecto de pesquisa, ao qual se seguiu a elaboração do projecto de investigação.

A pesquisa bibliográfica aconteceu durante todo o período de elaboração da tese. Esta pesquisa consistiu inicialmente na procura de estudos relacionados com a temática do desenvolvimento da competência ética em enfermagem e clarificação de conceitos afins, seguidamente sobre metodologias de investigação e numa fase mais avançada, no sentido de ir comparando a teoria emergente da análise e interpretação da informação com a literatura existente, conforme preconiza a *grounded theory*.

2.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODOS

Na área da enfermagem, a investigação científica tem sido essencialmente orientada por dois paradigmas: o positivista e o naturalista.

Segundo o paradigma positivista, existe uma realidade objectiva e independente da observação humana que pode ser estudada e conhecida. Nenhum evento é casual, existem sempre motivos que lhe dão origem e a pesquisa é normalmente orientada para a compreensão dessas razões. A objectividade e a

imparcialidade devem estar permanentemente presentes, o planeamento é fixo, a intenção é verificar as ideias do pesquisador e é procurada a generalização. Nesta linha de actuação, o pesquisador define o problema, selecciona os conceitos e traça um plano de acção que tenta seguir rigorosamente, com objectividade e imparcialidade. Utiliza objectos formais para colher os dados necessários, a informação reunida é, geralmente, quantitativa e o pesquisador procura ir além da especificidade da situação da pesquisa.

Porém, este tipo de pesquisa não se tem mostrado suficiente para resolver todas as questões suscitadas pela prática da enfermagem e pelo próprio ensino da profissão, uma vez que existem vertentes que não podem ser mensuráveis pela diversidade, imprevisibilidade e complexidade que envolve a pessoa. Efectivamente, se pode ser fácil medir alguns fenómenos fisiológicos – como por exemplo valores de pressão arterial, peso, pulso, temperatura – o mesmo não se aplica geralmente a fenómenos psicológicos, como é o caso de sentimentos, medos, emoções ou outros. Deste modo, pode afirmar-se que o método científico aprofunda apenas algumas questões da experiência humana e que uma das suas limitações é a inadequação para abordar questões morais ou éticas^{(77) (79)}.

Por isso decidiu-se fazer um estudo de natureza qualitativa, dado que não se procurava a generalização mas uma compreensão particular e aprofundada de um fenómeno^{(77) (79)}.

Existem algumas características importantes na investigação qualitativa e que foram tidas em conta, nomeadamente: (i) acreditar que existem realidades diversas; (ii) comprometer-se numa abordagem para compreender o fenómeno estudado; (iii) adoptar o ponto de vista do participante; (iv) adoptar uma conduta que limite a corrupção do contexto natural do fenómeno a estudar; (v) reconhecer a participação do investigador na investigação e ser sensível aos efeitos que causa nas pessoas objecto do seu estudo; (vi) ter em conta que todas as perspectivas são valiosas e (vii) compreender o fenómeno, relatando-o e incluindo os comentários dos participantes^{(78) (79)}.

No entanto, o investigador qualitativo pode optar por um ou outro método, tendo em conta o que pretende realmente estudar. Por exemplo, se pensa estudar vivências/experiências poderá escolher a fenomenologia; por outro lado, se lhe interessa estudar uma determinada progressão poderá optar pela pesquisa histórica. Se pensa estudar um processo, pode optar pela *grounded theory*⁽⁷⁹⁾.

Considerando que se pretendia estudar um processo, ou seja, explicar como se desenvolve a competência ética dos estudantes de enfermagem, optou-se pela *grounded theory*²⁶.

A origem da *grounded theory* deve-se essencialmente a dois factores: o domínio do paradigma positivista e a emergência do interaccionismo simbólico como reconhecimento da necessidade de um paradigma alternativo.

Vários autores – S. Freud (1856-1939), C. Rogers (1902-1987), E. Husserl (1849-1938), M. Heidegger (1889-1976), M. Merleau-Ponty (1908-1961), J. Sartre (1905-1980), H. Gadamer (1900-2002) –, como reacção ao predomínio positivista, começaram a compreender e a afirmar a impossibilidade de uma objectividade pura e de uma generalização constante de tudo o que estudamos, uma vez que existem fenómenos que, pela sua complexidade e especificidades, não podem ser apenas quantificados e muitos até não são mensuráveis.

Nesta linha de pensamento, surgiu a escola da interacção simbólica, a qual teve a sua origem nos finais do século XIX com alguns clássicos da sociologia, nomeadamente C. Cooley (1864-1929), W. Thomas (1863-1947) e G. Mead (1863-1931). Na perspectiva destes autores, a sociedade era entendida como um processo, o indivíduo e a sociedade como intimamente relacionados e a subjectividade do comportamento humano como uma componente necessária no processo de formação do eu e do grupo social⁽⁸⁰⁾.

O interaccionismo simbólico constituiu-se como uma corrente alternativa às correntes positivistas e funcionou como alicerce filosófico da *grounded theory*.

Durante os anos 1950 e 1960, a investigação em ciências sociais era dominada pela teoria hipotético-dedutiva que parte de teorias já estabelecidas para as validar com dados empíricos e posteriormente generalizar. B. Glaser e A. Strauss (1967) – sociólogos na Universidade da Califórnia – opuseram-se fortemente a essa corrente argumentando contra o relevo que estava a ser dado ao testar teoria, negligenciando o processo de a gerar. A ênfase demasiado teórica e positivista, tradicionalmente traduzida por abordagens quantitativas e pela verificação de hipóteses teóricas, serviu, então, como ímpeto primário para a origem da *grounded theory*. Este método de investigação foi formalmente introduzido por B. Glaser e A. Strauss, a partir de

²⁶ Apesar de o termo *grounded theory* ser traduzido por alguns autores para Português como teoria fundamentada ou teoria emergente, optou-se por usar o inglês, uma vez que a tradução não é muito fiel à ideia inicial, ou seja, a ideia de uma teoria que vai nascendo e crescendo a partir dos dados.

um estudo que realizaram com doentes em fim de vida. B. Glaser e A. Strauss, após a publicação de um livro conjunto em 1967 - *The discovery of grounded theory* - seguiram caminhos diferentes²⁷, o que levou ao aparecimento de dois desenhos distintos conhecidos como versão Glaseriana ou clássica e versão Straussiana^{(79) (81)}.

B. Glaser defende que na realização de um estudo de investigação usando a *grounded theory*, se deve definir bem à partida o desenho escolhido e clarificar a versão que se vai utilizar, enquanto A. Strauss, J. Corbin e K. Charmaz defendem que a sua utilização deve permitir alguma flexibilidade^{(82) (83) (84) (85)}.

Grounded theory é a que é indubitavelmente derivada de um estudo dos fenómenos. Isto é, é descoberta, desenvolvida e provisoriamente verificada através de colheita e análise sistemática de dados pertinentes a esse fenómeno. Portanto, a colheita de dados, a análise e a teoria mantêm uma relação recíproca umas com as outras. Não começa com a teoria para o provar. Em vez disso, começa com uma área de estudo e o que é relevante para ela emerge^{(83) (84)}.

O método da *grounded theory* começa com um fenómeno que o investigador considera que não está adequadamente explicado do ponto de vista teórico e com um problema de investigação bem clarificado e é frequentemente utilizado para desenvolver a compreensão de um determinado fenómeno, para a investigação de conceitos novos e criação de teoria. Referido por muitos autores como um método de comparação constante, é um método de análise qualitativa em que a teoria vai sendo construída através da comparação de conceitos. Os dados são recolhidos, analisados e agrupados segundo as suas semelhanças ou diferenças e, posteriormente, conceptualizados. Depois, os conceitos são agrupados em categorias. Estas são relacionadas entre si e organizadas pela sua inter-relação, são desenvolvidas novas dimensões e uma nova teoria vai emergindo^{(79) (82) (83) (84)}.

Existem algumas características que distinguem a *grounded theory* de outros métodos qualitativos: (i) o quadro conceptual é criado a partir dos dados, não sendo construído previamente qualquer tipo de enquadramento teórico; (ii) o investigador compara constantemente os dados; (iii) o rumo da investigação pode ser modificado,

²⁷ Ocorreu uma separação entre os dois autores com a publicação de *Strategies in qualitative research* por A. Strauss e J. Corbin, que declararam que o livro dava orientações práticas aos principiantes acerca da implementação da *grounded theory*. B. Glaser reagiu a esta publicação, exigindo a A. Strauss e J. Corbin que retirassem o livro, o que não aconteceu. Iniciou-se, então, uma cisão que conduziu a duas abordagens diferentes: os que seguiram a abordagem de B. Glaser e os que seguiram a abordagem de A. Strauss e J. Corbin⁽⁷⁹⁾.

à medida que se vão colhendo novos dados e avançando na teoria, abandonando falsas ideias ou questionando mais sempre que necessário; (iv) a colheita, análise e interpretação dos dados são feitas em simultâneo; (v) o investigador começa a escrever os primeiros pensamentos do relatório de investigação praticamente desde o início do estudo ^{(78) (79) (82) (83) (84)}.

Sendo assim, após toda a pesquisa efectuada sobre estudos desenvolvidos, considerou-se que o fenómeno que se pretendia estudar não estava adequadamente explicado do ponto de vista teórico e uma vez que a intenção era construir uma teoria que possibilitasse explicar como se desenvolve a competência ética dos estudantes de enfermagem, optou-se pela *grounded theory*, como já referido.

Após a leitura e reflexão das publicações dos vários autores ^{(81) (82) (86)}, sem prejuízo da consulta dos mesmos quando necessário, optou-se por seguir a abordagem Straussiana e as orientações preconizadas por J. Corbin e A. Strauss (2008), porque dão indicações e orientações muito úteis aos investigadores sem experiência, permitem simultaneamente alguma flexibilidade e por ser também a obra mais actualizada ⁽⁸⁴⁾.

2.2 PARTICIPANTES

Os estudos qualitativos usam, geralmente, amostras pequenas e não aleatórias. Isto significa que os pesquisadores qualitativos seleccionam a sua amostra propositadamente e com base nas necessidades de informação, como por exemplo: participantes que ilustrarão ou salientarão o que é típico; participantes que mostrarão o que é mais raro ou mais específico ou participantes em que exista uma grande variação nas dimensões de interesse.

O tamanho da amostra é definido, normalmente, em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem utilizada.

As estratégias graduais de amostragem baseiam-se especialmente na chamada “amostragem teórica”, entendida como o processo de colheita de dados para o desenvolvimento de uma teoria, durante o qual o pesquisador vai registando, codificando e interpretando os dados obtidos, decide quais deve registar a seguir e

onde encontrá-los e vai, assim, emergindo uma teoria. O processo de colheita de dados é orientado pela teoria emergente ^{(82) (84)}.

Desta forma, no caso concreto de se ter utilizado a *grounded theory*, o limite da amostra não pôde ser definido no início do processo, uma vez que os participantes foram seleccionados à medida que a teoria se foi desenvolvendo, sendo sempre necessário pensar qual a necessidade e a importância da colheita seguinte para o desenvolvimento da mesma. A principal finalidade da amostra teórica foi sempre no sentido de obter informação de lugares, pessoas e acontecimentos que pudesse proporcionar mais oportunidades para desenvolver conceitos em termos das suas propriedades e dimensões, descobrir variações e identificar relações entre os conceitos, sempre no sentido da teorização do não conhecido ou do já conhecido mas com necessidade de novas abordagens ^{(84) (86)}.

A *grounded theory* tem como objectivo gerar uma teoria a partir de dados recolhidos sistematicamente, que são analisados e comparados ao longo do processo de investigação, pelo que permanecem sempre em interligação os dados, a sua análise e a teorização. Os investigadores que utilizam a *grounded theory* trabalham para descobrir relações entre categorias, respondendo a questões como *o quê, quando, onde, por quê, como, quais os resultados e/ou as consequências* no sentido de relacionar a estrutura com o processo. Os casos são seleccionados um a um, no sentido de testar e aumentar os dados. Depois do primeiro caso, deve escolher-se um segundo para preencher as categorias teóricas, para comparar com o primeiro caso, por ser idêntico ao primeiro ou por ser oposto, sempre no sentido de aumentar e clarificar a teoria emergente. Evidentemente que isso implica que cada caso adicional precisa de ser cuidadosamente seleccionado ⁽⁸⁴⁾.

Além disso, e como já foi afirmado anteriormente, podem seleccionar-se casos típicos ou utilizar casos extremos ou desviantes para controlar a elaboração de uma teoria, como critério complementar do critério de saturação teórica.

A decisão de parar, isto é, de terminar a colheita dos dados, é outro factor a ter em conta. B. Glaser e A. Strauss sugerem como critério a “saturação teórica”, ou seja, quando se verifica que já não aparecem dados adicionais que permitam aprofundar a teoria desenvolvida. A amostra fica concluída quando já não surge nada de novo a acrescentar. Mais recentemente, J. Corbin e o próprio A. Strauss defendem que a saturação é mais do que uma questão de “não novos dados” e que denota também o desenvolvimento de categorias em termos das suas propriedades e

dimensões, incluindo variação e, quando construindo teoria, o delinear de relações entre conceitos ^{(82) (84)}.

Tendo em conta os aspectos referidos, optou-se por uma amostra teórica/intencional até à saturação e os participantes foram os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores. A opção pelos estudantes desta escola deveu-se ao facto de ser um local de mais fácil acesso à investigadora, uma vez que poderia haver necessidade de entrevistar novamente algum dos participantes ou mesmo de realizar observações. Além disso, convém seleccionar bons informantes, pelo que o facto de os estudantes serem já conhecidos facilitou o processo de selecção dos participantes. Neste sentido, utilizou-se uma amostra intencional ou teórica, ou seja, ao seleccionar os estudantes começou-se pelos do 4º ano, por terem mais experiência, quer pelo facto de já terem mais anos de formação, quer pelo facto de já terem realizado maior número de ensinamentos clínicos e de terem estado presentes em mais debates, seminários e outras oportunidades de desenvolverem a sua competência ética ⁽⁸⁴⁾.

Como já foi realçado, a *grounded theory* permite alguma flexibilidade e o que faz com que a amostra teórica seja diferente de outros métodos convencionais de amostra é o facto de ser uma procura de resposta aos dados, mais do que ser estabelecida antes de o investigador começar ⁽⁸⁴⁾.

Assim, salienta-se novamente que o número de participantes não foi predeterminado, mas resultante de um processo de amostragem teórica, em que a identificação e desenvolvimento de conceitos foi determinando a necessidade do tipo de informação a ser colhida, bem como os instrumentos mais adequados e os participantes ao longo de todo o estudo desenvolvido.

Assim sendo:

- Na primeira fase do estudo, a amostra foi constituída por um grupo de 24 estudantes dos diferentes anos do curso e teve como objectivo descobrir as categorias potenciais de análise, inerentes a uma fase inicial de colheita de dados (18 entrevistas e 6 relatos);
- Na segunda fase, a amostra foi constituída por estudantes do 2º e 3º anos, com o objectivo de ampliar as categorias e desenvolver consistência teórica das mesmas (observação não participante de 5 grupos do 2º ano e 1 grupo do 3º ano constituídos por cerca de 8 estudantes cada);

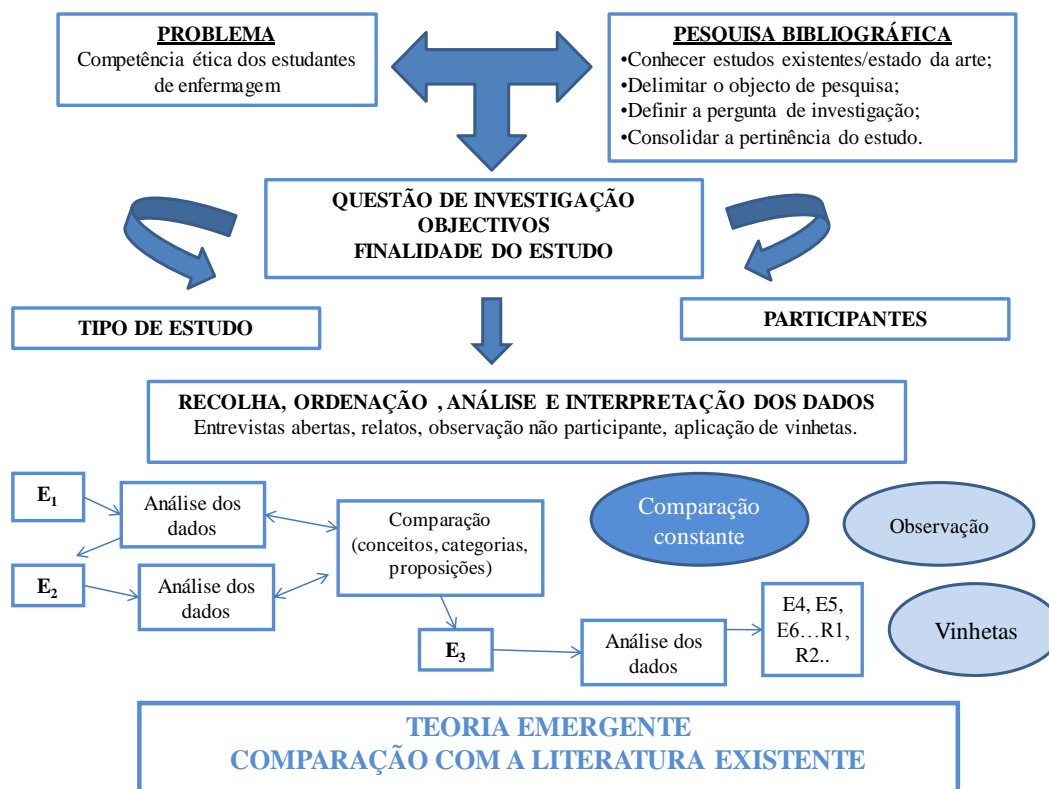
- Na terceira fase, a amostra foi constituída por um grupo de 35 estudantes de todos os anos e teve como principal finalidade refinar as categorias tendo em vista a sua relevância teórica (aplicação de vinhetas).

As idades dos estudantes oscilaram entre os 17 e os 43 anos encontrando-se, no entanto, a maioria deles na faixa etária entre os 17 e 21 anos.

2.3 DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação consiste num planeamento organizado pelo investigador, de modo a obter respostas válidas às questões colocadas ou objectivos formulados. É de salientar que houve alguma flexibilidade, congruente com a linha de pensamento de J. Corbin e A. Strauss, pelo que o desenho sofreu algumas alterações ao longo do estudo, nomeadamente no que se refere à inclusão da aplicação de vinhetas, o que não estava previsto.

Figura 1 – Desenho de investigação



2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A primeira questão a considerar relacionava-se com a ponderação entre custos/riscos e benefícios/vantagens do estudo em causa. Apesar de se saber que este estudo poderia acarretar alguns potenciais riscos e/ou custos, relacionados com prováveis interferências ou necessidade de alterações na actividade profissional dos estudantes ou mesmo na sua vida pessoal, considerou-se que os benefícios seriam superiores. De facto, espera-se que o trabalho desenvolvido venha a ser útil num futuro, na medida em que permitirá compreender e explicar melhor o processo de desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem. Essa compreensão, por sua vez, poderá possibilitar a introdução de novos métodos pedagógicos que ajudem o estudante a desenvolver a sua competência ética. Como consequência, é de esperar uma melhoria dos cuidados de enfermagem e uma maior visibilidade do respeito pela dignidade da pessoa e por todos os seus direitos.

Para a recolha de dados, foi sempre previamente pedida autorização por escrito às instituições onde o estudo se realizou, acompanhada da especificação dos objectivos do mesmo, e obtidas as devidas permissões (Anexos I e II).

Outra questão ética a considerar, relacionava-se com o respeito pela autonomia dos estudantes e, portanto, com a sua liberdade para consentir ou não em participar no estudo. Aos participantes deve ser garantido o direito de decidirem voluntariamente se querem participar num estudo, de fazerem perguntas, de recusarem dar informações ou até de interromperem a sua participação. Neste sentido, o pedido de consentimento a cada um dos estudantes foi sempre precedido de esclarecimentos e de diálogo suficiente com a finalidade de se sentirem livres para aceitar ou recusar participar e compreenderem que a decisão era deles, sendo a sua autonomia escrupulosamente respeitada, após o que se pedia a formalização do consentimento (Anexo III).

Sendo o estudo realizado com os estudantes da instituição onde a investigadora desenvolve a sua actividade como professora, não foi esquecido o direito à autodeterminação, que inclui a garantia das pessoas não se sentirem obrigadas a participar no estudo. Isto pode ser um risco quando o pesquisador está numa “posição de autoridade”, como podem ser os casos da relação enfermeiro/doente, professor/estudante, entre outros. Porém, apesar da consciência de que esse facto podia constituir uma limitação do estudo também se considerou como uma

vantagem, uma vez que existia uma relação de confiança já instalada entre investigador e participantes. Efectivamente, pelo facto de se ser titular de disciplinas de ética e se debater com os estudantes assuntos como o consentimento informado e o sigilo profissional, era frequente os estudantes confiarem e partilharem assuntos da sua intimidade e privacidade. No entanto, houve sempre a preocupação de dar aos estudantes a possibilidade de optarem por aceitar, recusar ou, mesmo, interromper a sua participação e de enfatizar que as posições adoptadas por eles em nada influenciariam a relação professor/estudante.

O processo de informação para o consentimento incluiu a garantia de confidencialidade dos dados, na medida em que as entrevistas seriam gravadas, transcritas e posteriormente desgravadas. Esta informação permitiu evitar o desconforto de pensarem que a “informação sensível” que partilhavam poderia vir a ser identificada pela voz⁽⁸⁴⁾.

A confidencialidade dos dados e dos participantes foi sempre tida em consideração, tendo as entrevistas sido sempre desgravadas após a sua transcrição, de acordo com o compromisso assumido com os participantes. Além disso, foram retirados todos os nomes, passando a identificação a ser feita com a letra inicial do instrumento de colheita de dados utilizado, o número de ordem com que foram colhidos os dados e o ano em que se encontrava o estudante. Por exemplo, as entrevistas estão identificadas como E, as observações como O e as vinhetas como V.

Foi dada, ainda, a oportunidade a todos os estudantes de escolherem o local e a hora que preferiam, no sentido de perturbar o menos possível as suas actividades quotidianas.

2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo consciência de que nos estudos qualitativos, a informação a ser analisada deve ser recolhida de forma narrativa, uma vez que as descrições feitas pelos participantes são as melhores formas de ter acesso ao seu mundo, importava que os participantes relatassem a situação de forma consistente e pormenorizada desde o princípio até ao fim^{(77) (78) (79)}.

Teve-se em conta o que afirmam J. Corbin e A. Strauss baseados na sua experiência, que lhes tem permitido verificar serem as entrevistas não estruturadas,

ou seja, as que não têm um conjunto de questões pré estruturadas as que possibilitam maior densidade de dados. Procurou-se, também, ter um espírito aberto no sentido de deixar que a informação fosse fluindo livremente e começou-se com uma questão aberta, seguindo o exemplo sugerido por aqueles autores de se fazer uma pergunta inicial no género “Pode contar-me a sua experiência? Gostava de o ouvir nas suas próprias palavras. Depois de terminar, eu posso colocar questões sobre alguma coisa que não esteja muito clara para mim. Mas agora fale livremente.”. Os autores acrescentam que o facto de se utilizarem entrevistas não estruturadas não significa que o investigador não possa ter influência no curso da entrevista ^(84 pp. 27-28).

Assim, uma vez que se pretendia compreender de forma aprofundada um fenómeno, optou-se por iniciar o estudo com entrevistas abertas, começando por formular a seguinte questão: Pode descrever-me pormenorizadamente uma situação que tenha vivido em ensino clínico e que tenha considerado problemática?²⁸ Além disso, teve-se sempre como lema as orientações de J. Corbin e A. Strauss e no final de cada entrevista foi-se questionando sobre algum aspecto que necessitasse ser clarificado. É de salientar que, à medida que se foi avançando na análise e interpretação dos dados, acrescentou-se questões consideradas pertinentes em novas colheitas de dados.

Para as entrevistas houve sempre o cuidado de seleccionar o espaço, de modo a que o ambiente fosse tranquilo, neutro e o mais livre possível de interferências ⁽⁷⁸⁾.

Utilizou-se também relatos escritos feitos pelos estudantes durante os ensinos clínicos, os quais lhes foram solicitados pelos orientadores pedagógicos quando se apercebiam da presença de um problema ético²⁹. Sempre que necessário colher informação adicional, após analisar e interpretar a informação contida nos mesmos, fez-se entrevistas aos estudantes no sentido de compreender, clarificar e completar alguns aspectos.

Numa fase posterior, após a colheita, análise e interpretação das entrevistas e relatos dos estudantes, já se detinha o conhecimento de algumas categorias e resultados; porém, a partir dos mesmos foram emergindo novos conceitos, algumas hipóteses que precisavam de ser confirmadas e dúvidas que deviam ser esclarecidas.

²⁸ Optou-se por pedir aos estudantes para descreverem uma “situação problemática” e não se utilizou o termo “problema ético” para evitar influenciar as respostas deles.

²⁹ Solicitou-se previamente aos professores que orientam os estudantes em ensino clínico e promoveu-se um encontro com eles para que houvesse da parte deles rigor e uniformidade de critérios em relação ao que é considerado um problema ético.

Por exemplo, percebeu-se que os estudantes começam a conseguir identificar problemas éticos geralmente no final do 1º ano, após já deterem alguns conhecimentos e terem realizado um ensino clínico. Era necessário aprofundar melhor esta categoria, no sentido de se perceber se de facto os estudantes conseguem sempre reconhecer os problemas éticos com que se deparam, até porque a identificação dos mesmos constitui um ponto de partida para a reflexão e acção. Além disso, como os estudantes tinham referido não agirem muitas das vezes por falta de poder ou por insegurança, era fundamental compreender se eram apenas estas as razões que os levavam a não agir ou se era também por não terem suficientemente desenvolvida a capacidade de reconhecer no momento um problema ético.

Passou-se, então, a fazer observação não participante, que teve como objectivos:

- Clarificar se os estudantes conseguem identificar problemas éticos presentes e não apenas os que já ocorreram em ensino clínicos anteriores;
- Clarificar se os estudantes não agem apenas por falta de poder ou insegurança para tomarem uma decisão ou se é também porque não têm capacidade para identificar o problema;
- Confirmar se os estudantes do 2º ano estão demasiado concentrados no seu desempenho, não se apercebendo dos problemas éticos durante a prestação de cuidados.

Optou-se pela observação não participante, assumindo-se o papel de mera observadora e não tomando qualquer iniciativa no evoluir das situações observadas, no sentido de interferir o menos possível com o decurso habitual da aprendizagem clínica dos estudantes nos diferentes campos de ensino clínico, para a qual se elaborou um guião que servisse de orientação ao longo da sua realização (Anexo IV). A observação é, sem dúvida, uma das técnicas privilegiadas pela *grounded theory*, permitindo um contacto directo entre o investigador e o “objecto em estudo”. É um instrumento de colheita de dados que: (i) permite apreender os comportamentos não verbais; (ii) fornece uma melhor compreensão do contexto em que as problemáticas em estudo acontecem; (iii) permite que o investigador esteja atento a coisas que os participantes poderiam deliberadamente, ou não, omitir ou esquecer numa entrevista

e (iv) possibilita ao investigador uma maior compreensão da problemática, pois combina as suas percepções com as dos outros ⁽⁷⁸⁾.

Considerando que a ocorrência de problemas éticos não é uma rotina, acontecendo em momentos por vezes inesperados e de forma imprevisível, escolheu-se momentos estratégicos para realizar as observações: prestação de cuidados (excepto cuidados de higiene e conforto), passagens de turno e reuniões entre estudantes e orientador/professor. Considerou-se estes momentos estratégicos porque: (i) a partir da interpretação dos relatos e entrevistas compreendeu-se que durante a prestação de cuidados de higiene os estudantes têm a preocupação de respeitar a intimidade dos doentes e pretendia-se perceber se também o faziam em relação a outros cuidados; (ii) durante as passagens de turno, havia oportunidade de se ver se os estudantes nos seus registos referiam alguma situação relacionada com um problema ético e que atitudes adoptavam perante o mesmo; (iii) durante as passagens de turno também era possível ver se os estudantes se apercebiam de algum problema ético enquanto ouviam as mesmas; (iv) nas reuniões entre os estudantes e o professor/orientador era possível ouvir-se discutirem alguma situação ou algum aspecto relacionado com um problema ético.

Durante as observações, foi-se fazendo notas de campo e, sempre que era necessário esclarecimento para a interpretação, realizou-se entrevistas informais com alguns dos estudantes. Procedeu-se de forma idêntica à descrita em relação às entrevistas e relatos, ou seja, a análise e interpretação dos dados foi sendo feita em simultâneo, observação por observação, a par de comparações constantes.

Se por um lado foi possível clarificar dúvidas e consolidar algumas categorias, a partir das observações emergiram novas questões.

Tendo, então, em conta os resultados já obtidos e as questões que emergiram, passou-se à aplicação de vinhetas a estudantes dos diferentes anos do curso, com o objectivo de refinar algumas categorias.

As vinhetas consistem na descrição breve de uma determinada situação ou evento, seguida de algumas questões colocadas aos participantes no sentido de estes referirem como reagiriam perante a mesma. Estas descrições/vinhetas permitem obter informações sobre as percepções, opiniões ou mesmo sobre o conhecimento dos participantes relativamente ao fenómeno que se pretende estudar. As vinhetas são, geralmente, descrições e narrativas escritas e as questões colocadas após as mesmas podem ser abertas ou fechadas. O pesquisador deve ter a preocupação de

planear a forma como vai ser feita a sua aplicação, nomeadamente quem vai fazer a recolha de dados e onde vai ser feita ⁽⁸²⁾ ⁽⁸⁷⁾ ⁽⁸⁸⁾.

Construíram-se três vinhetas, tendo por base situações concretas descritas pelos estudantes nas entrevistas ou relatos anteriores (Anexo V).

Na vinheta 1, elaborou-se uma pequena história em que estão presentes dois problemas em simultâneo: um relacionado com o respeito pela intimidade e privacidade e um relacionado com a confidencialidade. Escolheu-se esta história pelo facto de ser constituída por um problema muito frequente e a que os estudantes fizeram referência durante algumas reuniões (privacidade) entre o grupo de estudantes e o professor/orientador e por um outro problema que nunca houve oportunidade de observar e ao qual os estudantes nunca fizeram referência durante as observações (confidencialidade), apesar de nas entrevistas e relatos alguns dos estudantes terem identificado este tipo de problemas.

A vinheta 2 relata um caso de défice de informação e foi escolhida por ser ainda frequente depararmo-nos com questões idênticas.

A vinheta 3 relata um caso de obtenção de autorização para actos médicos sem a informação devida. Foi escolhida por ser também um problema relativamente frequente e pretendia-se verificar se os estudantes apenas identificavam a questão do consentimento ou se referiam também o direito do doente à autonomia.

Em síntese, a utilização das vinhetas permitiu:

- Confirmar se os estudantes identificam com facilidade os problemas éticos mais frequentes (como é o caso do respeito pela privacidade);
- Confirmar se os estudantes demonstram dificuldade em identificar problemas éticos menos evidentes (como é o caso do respeito pela autonomia);
- Verificar se existem diferenças entre os estudantes dos diferentes anos na forma como identificam os problemas;
- Aprofundar a análise sobre o tipo de raciocínio feito pelos estudantes perante problemas éticos identificados;
- Aprofundar o tipo de respostas dos estudantes perante problemas éticos.

As 3 vinhetas foram aplicadas por um colaborador³⁰ e em simultâneo a estudantes de todos os anos.

2.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Durante todo o processo de colheita, análise e interpretação dos dados, foram seguidos os procedimentos e as orientações de J. Corbin e A. Strauss relativamente ao desenvolvimento de uma *grounded theory* pelo que, para além de uma leitura inicial atenta e pormenorizada da publicação mais recente dos referidos autores, se foi sempre consultando a mesma quando necessário e pertinente. Recorreu-se também ao programa de suporte informático para análise qualitativa de dados MAXQDA³¹, o qual é recomendado e considerado muito claro e bem organizado por aqueles autores⁽⁸⁴⁾.

Assim, para a análise, tomou-se por base alguns guias orientadores gerais sugeridos por J. Corbin e A. Strauss. Segundo estes autores, é muito importante ter uma “mente aberta” durante toda a análise dos dados, o que significa que podemos e devemos utilizar os nossos conhecimentos e experiência – porque nos permitem perceber, compreender os significados de algumas coisas e responder ao que está nos dados – tendo, no entanto, sempre o cuidado de não forçar as nossas ideias nos dados, de modo a que o que descobrimos seja mais produto dos próprios dados do que aquilo que o investigador traz para a análise⁽⁸⁴⁾.

J. Corbin e A. Strauss referem que existem três aspectos muito importantes a lembrar ao longo da análise dos dados, os quais se tiveram em consideração:

- comparar constantemente o conhecimento e a experiência com os dados, sem nunca perder de vista os próprios dados;
- trabalhar sempre com conceitos em termos das suas propriedades e dimensões, porque mantém o investigador centrado nas semelhanças e diferenças dos eventos e impede-o de ser submergido pelos dados descritivos;

³⁰ Uma enfermeira com mestrado em bioética, não conhecida dos estudantes, que ajudou a sistematizar e clarificar a informação das vinhetas no sentido de verificar se estavam expostas de forma clara e de acordo com o pretendido.

³¹ Os segmentos de textos das entrevistas, relatos e vinhetas encontram-se em anexo e em suporte digital.

- não é a percepção do investigador que importa, mas sim o que os participantes dizem ou fazem. ⁽⁸⁴⁾

Outro aspecto a salientar é que os dados qualitativos são muito ricos e é praticamente impossível construir apenas uma “história” a partir dos mesmos, uma vez que, apesar de os participantes falarem através dos dados, não são eles que dizem o que é importante e o que não é. Efectivamente, análises diferentes focam aspectos distintos dos dados, interpretam-nos de forma desigual e identificam significados diversos, pelo que investigadores diferentes chegam a conclusões diversificadas, mesmo a partir dos mesmos dados. Além disso, o mesmo investigador pode olhar para os dados de formas diferentes em momentos diferentes, dependendo da perspectiva com que olha para eles ⁽⁸⁴⁾.

J. Corbin e A. Strauss consideram fundamental o desenvolvimento da sensibilidade teórica como uma qualidade que o pesquisador deve desenvolver, no sentido de perceber o significado dos dados e discernir entre o que é pertinente ou não no seu estudo, permitindo desenvolver uma teoria densa e bem integrada. Segundos os autores, esta qualidade desenvolve-se com base na experiência profissional e pessoal do investigador e na literatura existente sobre o assunto ⁽⁸⁴⁾.

O investigador começa a análise depois de completar a primeira entrevista ou observação e deve ter sempre em conta que, se existir uma análise minuciosa e profunda dos dados e uma proximidade muito íntima com os mesmos no início de um estudo, a mesma será mais facilitada em fases posteriores, uma vez que se constroem bases e alicerces fortes, havendo menos necessidade de voltar atrás por encontrar lacunas. Além disso, um trabalho detalhado no princípio do estudo conduz a uma descrição rica e densa e, conseqüentemente, a uma teoria bem desenvolvida ^{(68) (82) (84)}.

A proximidade entre a colheita de dados e a análise permite ao investigador identificar conceitos relevantes, escutar e observar com mais sensibilidade e prosseguir com questões subsequentes e o facto de estar imerso na análise dos dados durante a sua colheita permite um sentimento de “direcção”, promove uma maior sensibilidade aos dados e torna o investigador capaz de redireccionar ou rever as questões das entrevistas ou a forma como observa ⁽⁸⁴⁾.

Assim, partindo de todos os pressupostos referidos, e à medida que se foram colhendo os dados, começou-se a codificá-los, tendo-se feito primeiro uma leitura geral da entrevista ou do relato escrito do estudante, seguida de uma análise

minuciosa linha a linha e parágrafo a parágrafo, donde foram emergindo alguns códigos. Como recomendam J. Corbin e A. Strauss, começou-se por dividir os dados em pequenas parcelas e seguidamente exploraram-se as ideias nelas contidas, atribuindo-lhes nomes conceptuais representativos⁽⁸⁴⁾.

Os códigos são os nomes dados aos conceitos que derivam de codificar, o que é muito mais do que anotar conceitos nas margens ou fazer uma lista de códigos, ou seja, consiste não só em extrair conceitos dos dados mas também em desenvolvê-los em termos de propriedades e dimensões. Este processo de codificação envolve interacção com os dados, usando técnicas como colocar questões sobre os dados e fazer comparações entre estes. Apesar de existirem várias estratégias de análise, há duas que sobressaem: colocar questões e fazer comparações. No entanto, o investigador deve ter o bom senso de fazer escolhas sobre quando e que questões colocar, de entre o que parece importante nos dados⁽⁸⁴⁾.

Os conceitos são interpretações, produtos da análise, palavras que vão emergindo dos dados, que evidenciam algumas propriedades e podem variar em termos de dimensões; codificar requer procurar a palavra ou as palavras certas que descrevam melhor conceptualmente aquilo que o investigador pensa que está contido nos dados. J. Corbin e A. Strauss chamam a atenção para a necessidade de o investigador ir distinguindo, desde o início do estudo, os vários níveis de abstracção dos conceitos, como por exemplo conceitos explicativos – de um nível inferior e mais concreto – e conceitos de um nível superior e abrangente e que parecem unir os mais básicos. Outro aspecto fundamental e que deve ser tido em conta, segundo os autores, é que os conceitos mais básicos preenchem, explicam, dizem-nos sempre mais alguma coisa e fornecem-nos algumas propriedades e dimensões dos conceitos de nível superior. As “propriedades” são características que descrevem os conceitos e as “dimensões” constituem variações nas propriedades, o que permite alguma especificidade e agrupar os conceitos por níveis⁽⁸⁴⁾.

Por todas as razões apontadas, houve sempre a preocupação de transcrever os dados para uma tabela de duas colunas, registando os extractos dos textos na da esquerda e atribuindo-lhes os códigos na da direita. Conforme se pode ver no exemplo abaixo, numa fase inicial utilizaram-se ainda conceitos de um nível básico, nos quais se podem distinguir algumas propriedades e dimensões:

Figura 2 – Exemplo de codificação

| Extractos do verbatim | Códigos |
|--|--|
| <p><i>“Da maneira como ele expressou, sobretudo a forma não verbal, os olhos estavam...como... como se ele fosse chorar, a maneira como ele falou comigo e sinceridade... Apesar de a gente... pensar que podemos ouvir uma conversa dessas a gente nunca está à espera e às vezes não sabe como há-de reagir. Depois houve aquele momento de silêncio e eu disse ao senhor que não, que não pensasse numa coisa dessas pois ele era muito importante para muita gente, muita gente gosta dele, que ele ia fazer falta a muita gente e que há muitas soluções...” (4º ano, E3)</i></p> | <p><u>Sensibilidade</u> perante a comunicação não verbal do doente</p> <p><u>Impotência</u> perante o inesperado</p> <p><u>Silêncio e negação</u></p> <p><u>Reforço</u> dos aspectos positivos</p> |

Esta codificação inicial é muito demorada e exige do investigador uma grande atenção e concentração, bem como sensibilidade para que os dados vão “falando por si” e os conceitos emergindo naturalmente.

É lógico que o investigador não pode esquecer completamente os conhecimentos e experiências que detém; porém, deve ter a sensibilidade suficiente para deixar que novos dados se vão acrescentando. Neste sentido, a codificação aberta torna-se muito aliciante, não só pela quantidade de códigos que vão emergindo, mas também pelo entusiasmo, interesse e curiosidade que estes vão despertando.

Pode, efectivamente, dizer-se que o investigador se sente mesmo imerso nos dados e que isso facilita todo o processo de investigação, o que se tornou evidente na prática, pela forma como a investigadora se sentiu absorvida e concentrada quando estava a trabalhar. Em contrapartida, sempre que existiu uma interrupção do estudo durante determinado período de tempo, havia muita dificuldade em retomar a investigação, exactamente porque é fundamental deixarmo-nos “absorver” e estarmos sempre “ligados” aos dados e a tudo o que deles vai emergindo.

Paralelamente, e à medida que se foi fazendo a codificação, foi-se pensando e registando possíveis categorias, tendo sempre em conta a contextualização das unidades de análise.

Efectivamente, como afirmam J. Corbin e A. Strauss, em edições anteriores faziam referência à codificação aberta e codificação axial em capítulos separados. Actualmente, consideram que estas codificações vão sendo feitas em simultâneo e que a sua distinção é artificial, acrescentando que, à medida que os investigadores vão analisando os dados, os seus cérebros vão automaticamente estabelecendo relações entre os mesmos ⁽⁸⁴⁾.

Assim, ao longo do processo de colheita, análise e interpretação dos dados foi-se sempre comparando os novos dados com os já existentes e tentando agrupá-los em categorias, de acordo com as suas semelhanças e diferenças:

Figura 3 – Exemplo de categorização

| Códigos | Categoria |
|--|----------------------|
| <u>Mobiliza recursos</u> procurando quem tem o poder <u>Mobiliza recursos</u> procurando o profissional específico <u>Mobiliza recursos</u> procurando quem tem experiência <u>Esclarece o doente</u> no âmbito das suas funções <u>Esclarece o doente</u> em conjunto com a professora <u>Fala com a orientadora</u> | Estratégias de acção |

As categorias são conceitos de nível mais elevado, sob os quais os investigadores agrupam conceitos de nível mais baixo, de acordo com as suas propriedades. Representam fenómenos relevantes e tornam o investigador capaz de reduzir e combinar dados ⁽⁸⁴⁾.

Ao longo da investigação, também foram sendo elaborados memorandos que reflectiam comentários, dúvidas, questões consideradas importantes. J. Corbin e A. Strauss referem que os memos são os instrumentos correntes de um pensamento analítico, os reservatórios das ideias geradas da interacção com os dados. De facto, estes memorandos revelaram-se contributos fundamentais, como se pode ver no exemplo abaixo:

Figura 4 – Exemplo de um memorando com comentários sobre os dados

“Os médicos diziam que ali não há esperança nenhuma e o senhor é novíssimo e não há esperança porque entretanto já teve várias paragens cardíacas, já está há imensos meses em estado de coma e à medida que os dias foram passando as situações colocaram-se... se ele não tem recuperação o tipo de cuidados que nós vamos prestar a ele. Por exemplo...poderá ser necessário fazer fisioterapia, será que é necessário para ele uma vez que ele não vai recuperar, isso é das coisas que me mete impressão porque apesar do estado de coma em que ele está, apesar de todo o prognóstico que não é nada favorável porque os médicos dizem que é impossível ele vir a recuperar mas perante tudo o que nós aprendemos na escola acho que ele tem todo o direito de que eu enquanto aluna de enfermagem fizesse os exercícios terapêuticos – coisa que eu propus – que ele fizesse a fisioterapia... inclusive havia dois colchões – um colchão de gel e um de pressão alternada - no serviço que chegavam para dois doentes em que... após uma análise portanto da escala de Braden se viu que era necessário que este doente tivesse e ele não tinha, portanto ele era um peso morto e era muito complicado prestar os cuidados com esse tipo de colchão e isso” (4º ano, E 17)

O estudante demonstra preocupação com a prestação de cuidados no sentido de proporcionar qualidade de vida aos doentes, mesmo quando não há esperança de recuperação, o que significa que vê a pessoa no seu todo e valoriza os cuidados ao doente em fim de vida. Verifica-se que se sente confuso em relação aos cuidados que deverá prestar a este doente uma vez que, por um lado é uma situação com poucas ou nenhuma hipóteses de recuperação mas, por outro lado, é um doente ainda muito novo. Demonstra, também, desilusão perante a diferença entre o que aprendeu teoricamente e o que acontece na prática. Efectivamente, um aspecto a salientar nesta entrevista é a preocupação do estudante em respeitar os direitos do doente.

O memorando exemplificado acima contém dados fundamentais e que se foram revelando muito úteis ao longo do estudo, nomeadamente no que se refere aos sentimentos deste estudante. Não se pode ignorar a importância e a necessidade de, ao longo da construção teórica, voltar aos dados e comparar com a teoria que vai emergindo. Neste sentido, este tipo de memorandos desempenhou um papel importantíssimo.

Foi-se, também, elaborando memorandos de comparação entre os dados ou mesmo sugestivos de relações entre categorias e subcategorias, os quais foram fulcrais na integração teórica. Apresenta-se, seguidamente, um exemplo:

Figura 5 – Exemplo de um memorando com comparações entre os dados

“Da maneira como ele expressou, sobretudo a forma não verbal, os olhos estavam...como... como se ele fosse chorar, a maneira como ele falou comigo e sinceridade isso chocou-me porque apesar da gente saber que podemos ouvir uma dessas conversas há um tempo que a gente se põe no lugar deles e também pensa o mesmo que se calhar não sei se aguentava a vida sem uma perna, não é? fez-me reflectir e pus-me no lugar dele. Apesar de a gente... pensar que podemos ouvir uma conversa dessas a gente nunca está à espera e às vezes não sabe como há-de reagir. Depois houve aquele momento de silêncio e eu disse ao senhor que não, que não pensasse numa coisa dessas.” (4º ano, E3)

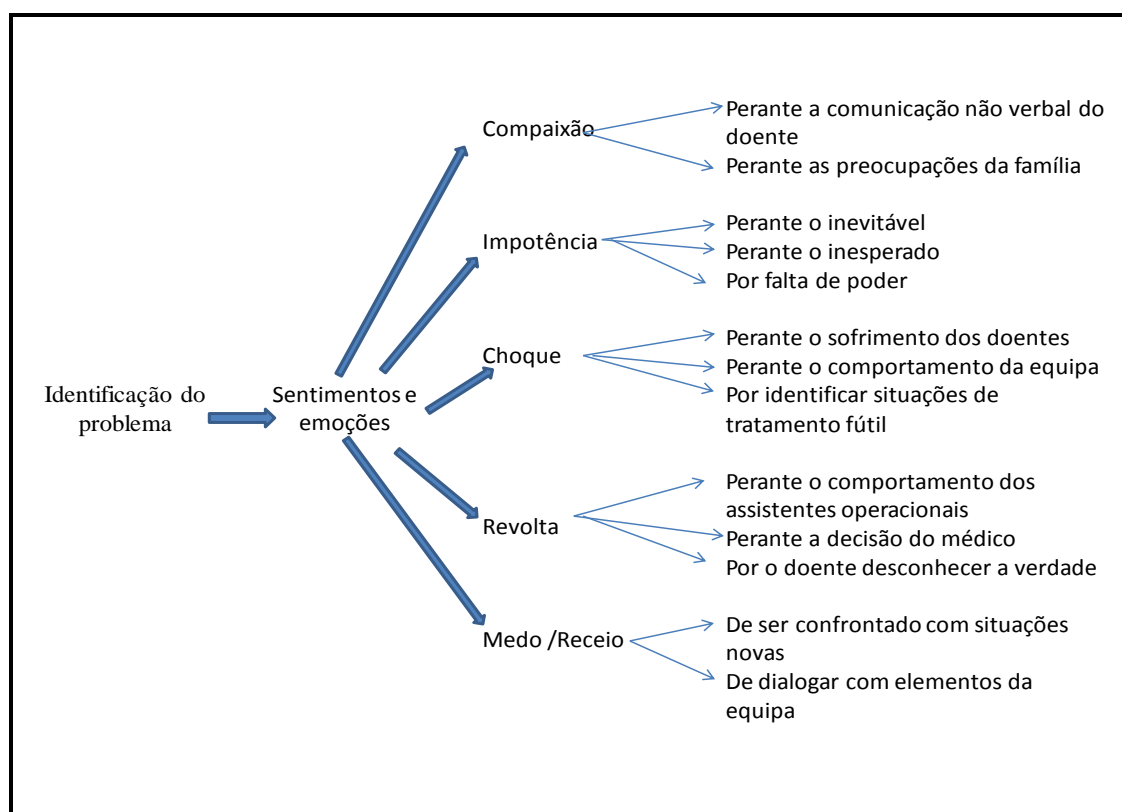
“E foi algo que me marcou especialmente... Porque a gente fala sobre o assunto, porque nós pensamos que estamos preparados mas depois é um bocadinho diferente nós falamos sobre isso, mas... Sobre o facto de prestarmos cuidados, estarmos no hospital e entrar um familiar, entrar um amigo e a nossa capacidade de reacção e de actuação ser a mesma que perante um estranho (...).inicialmente discutimos nas aulas, em ética...mas discutimos também muitas vezes ao longo do ensino clínico em situações pontuais quando nós falamos da confidencialidade, da actuação do próprio enfermeiro na formação ao longo do curso várias vezes é referido... agora raramente acontece encontrarmos realmente um conhecido naquele sentido da palavra... alguém que necessariamente seja alguém que nós conhecemos, conhecemos a família... conhecemos (...) é como digo... a preparação, a abordagem do assunto é feita... agora a experiência, a vivência dele é diferente e às vezes nem sempre nós estamos se calhar tão preparados quanto julgamos que estamos” (4º ano, E7)

Os dois estudantes referem um aspecto comum: apesar de se sentirem preparados teoricamente para determinadas situações, sentem-se impotentes quando se deparam com a realidade. É um previsível imprevisível, porque sabem que poderão ouvir dos doentes determinado tipo de conversas, aprendem teoricamente a reagir e responder, mas desconhecem o quando e o como e também nunca experienciaram, o que pode ser gerador de vários sentimentos, nomeadamente impotência. Um aspecto a salientar é que este sentimento de não saberem como reagir e agir perante situações reais imprevistas é manifestado por estudantes dos diferentes anos do curso.

Perante esta evidência, procurou-se averiguar junto de outros estudantes se também tinham este sentimento de impotência perante o inesperado, tendo-se verificado que, independentemente da fase do curso em que se encontram, a maioria dos estudantes se sente incapaz de agir perante uma situação nova e inesperada. A reforçar este aspecto, muitos deles acrescentam que se vão tornando mais capazes de agir à medida que experienciam situações idênticas. Um pouco diferente, mas que de certa forma vem confirmar a importância da experiência prática com situações reais, é o caso de um estudante que trabalha como assistente operacional há já alguns anos e demonstra uma evolução diferente dos colegas, referindo ser capaz de agir em situações imprevisíveis.

Durante a análise e interpretação dos dados, recorreu-se também por vezes à elaboração de diagramas que permitiram uma visualização dos dados no seu conjunto, bem como das relações entre categorias e subcategorias, o que, por sua vez, ajudava a identificar lacunas a preencher e a colocar novas questões.

Figura 6 – Exemplo de diagrama



O diagrama acima permitiu identificar claramente os sentimentos e emoções mais frequentemente referidos pelos estudantes quando confrontados com um problema ético, bem como as situações que desencadearam cada tipo de sentimentos. Por exemplo, verificou-se que o sentimento de impotência é frequente e está muito relacionado com a falta de poder sentida pelos estudantes e também com a imprevisibilidade de algumas situações.

Após a descrição de algumas linhas gerais que orientaram o estudo, é fundamental referir alguns pormenores relacionados com o percurso seguido, sempre numa tentativa de pôr em prática o mais fielmente possível o preconizado por J. Corbin e A. Strauss^{32 (84)}.

Assim, começou-se por entrevistar um estudante do 4º ano, após o estágio final, e pedir-lhe para descrever uma situação que tivesse considerado problemática, mantendo o diálogo com ele no sentido de colher dados pormenorizados sobre: a forma como identificou o problema; que reflexão fez sobre o mesmo; que tipo de decisão tomou; como agiu ou não; que factores considerou que facilitaram ou, pelo contrário, dificultaram a sua acção. As questões foram sendo colocadas, sempre com o cuidado de não influenciar as respostas do estudante e foram surgindo naturalmente à medida que a entrevista foi evoluindo. Como já referido, utilizou-se entrevistas abertas ou entrevistas narrativas, tendo elaborado um guião de entrevista que possibilitou a colocação de questões que iam ao encontro dos objectivos do estudo. (Anexo VI)

Depois da transcrição da primeira entrevista e da análise e interpretação dos dados por ela suscitados, verificou-se que começavam a emergir alguns códigos, nomeadamente: identificação de um problema durante a preparação da alta de um doente, sensibilidade perante a preocupação da família, reflexão sobre custos e benefícios, valorização da relação com o doente e família, contacto com a assistente social, adiamento da alta, sente-se compensada, entre outros. De toda a leitura da entrevista, também se percebeu que o facto de a equipa estar desperta para o tipo de situações como a descrita pelo estudante se constituiu como um factor facilitador da sua acção, pelo que importava averiguar a influência que o contexto pode ter em todo o processo de identificação de problemas éticos, reflexão, decisão e acção dos

³² Considerou-se também que o facto de referir minuciosamente algumas nuances do percurso poderia ser útil para outros no futuro, uma vez que uma das dificuldades sentidas se prendeu com a falta de uma descrição pormenorizada de alguns aspectos mais práticos, para além da obra original de J. Corbin e A. Strauss.

estudantes. Todos estes conceitos serviram como ponto de partida para encontrar outros relacionados com os já existentes, descobrir novos conceitos e começar a vislumbrar algumas categorias.

Desta forma, o guião inicial foi sofrendo algumas alterações ao longo do estudo, uma vez que após a transcrição e análise de cada entrevista, os conceitos emergentes iam orientando a entrevista seguinte. Assim, foi-se acrescentando algumas questões específicas de acordo com os dados que se foi obtendo e com a comparação constante entre eles. Modificar o guião de entrevista é uma prática comum na *grounded theory*, que permite focalizar o estudo e desenvolver as categorias que vão emergindo ⁽⁸⁴⁾.

Nesta linha de orientação, realizou-se uma segunda entrevista também a um estudante do 4º ano no final do curso, que foi regida pelo guião da primeira e ao qual se juntaram já outras questões específicas, que ajudariam a encontrar semelhanças e diferenças em relação aos dados da primeira entrevista, como por exemplo “que sentimentos experimentou? como reagiu? considera que se esta situação tivesse ocorrido em anos anteriores teria reagido e agido de forma idêntica?”. Após a transcrição, análise e interpretação dos dados da entrevista 2, compararam-se com os conceitos que tinham emergido da análise da primeira e escreveu-se um memorando que ajudou na análise das entrevistas que se foram seguindo – comparação constante.

Figura 7 – Memorando comparativo entre duas entrevistas

Ao comparar o processo e os resultados da análise e interpretação dos dados das duas entrevistas, torna-se imediatamente evidente que ambos os estudantes identificam com facilidade um problema ético: o primeiro relata uma situação relacionada com ausência de condições por parte da família para receber um doente em casa após a alta e o segundo fala do facto de se ter apercebido ao longo do ensino clínico que existiam muitos doentes que não tinham o consentimento informado assinado.

Ambos os estudantes reflectiram sobre as situações concretas, nomeadamente no que dizia respeito a uma ponderação entre custos e benefícios e/ou implicações e consequências e mobilizaram recursos procurando quem detinha o poder, experiência ou o profissional específico, como foi o caso do estudante da entrevista 1, que procurou a assistente social, e do estudante da entrevista 2 que falou com

a sua orientadora clínica.

Não entanto, também se podem verificar algumas diferenças.

Por exemplo, o estudante da entrevista 1 agiu em conformidade com a sua análise, reflexão e tomada de decisão, conseguindo que a alta do doente fosse adiada e referindo que se sentiu compensado por isso. Acrescenta que o facto de a equipa estar desperta para este tipo de situações foi um factor que facilitou a sua acção. Contrariamente, o estudante da entrevista 2 refere ter-se sentido impotente e incomodado com a situação, uma vez que a obtenção do consentimento livre e esclarecido para cirurgias é da competência médica e que apenas pode procurar saber junto dos doentes o que já conhecem ou não sobre os procedimentos e explicar alguns pormenores sobre o que já tenha sido transmitido pelo médico. Refere o facto de “ser aluno” como um factor inibidor da acção por falta de poder.

Como factores facilitadores da análise, reflexão e tomada de decisão, os dois estudantes referiram os conhecimentos adquiridos nas aulas de ética e deontologia, os trabalhos de grupo, o debate sobre questões dilemáticas e a sua experiência com situações concretas durante os ensinos clínicos.

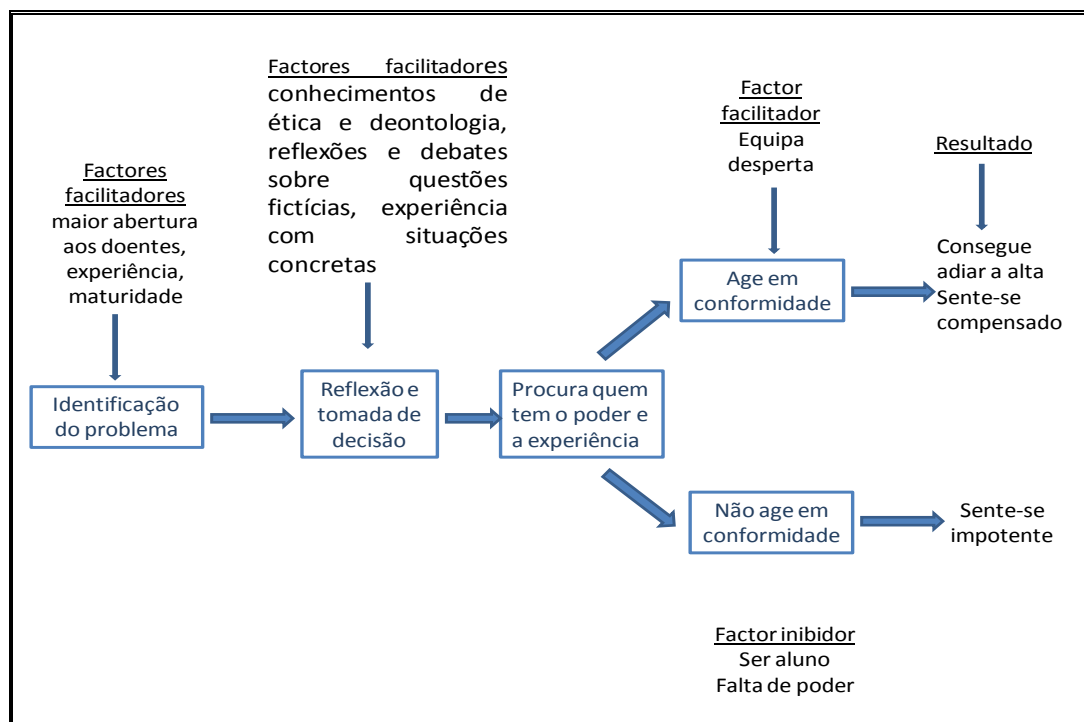
É de salientar que o estudante da entrevista 2, quando questionado em relação à reflexão efectuada e tipo de actuação ao longo do curso, considera que a identificação de problemas é mais fácil a partir do 3º ou 4º ano, tendo em conta que no 1º e 2º ano estão ainda muito centradas no seu desempenho e não nos doentes e no que os rodeia, acrescentando que no 4º ano já passaram por mais experiências e têm mais maturidade.

Síntese: Os dois estudantes identificam facilmente um problema ético, reflectem de acordo com a situação concreta, procuram um profissional com poder e experiência. Referem os conhecimentos adquiridos nas aulas de ética e deontologia, os trabalhos de grupo, o debate sobre questões dilemáticas e a sua experiência com situações concretas durante os ensinos clínicos como factores facilitadores da análise, reflexão e tomada de decisão.

Novos conceitos que emergiram da análise da entrevista 2: sentiu-se impotente e incomodado com a situação, o estatuto de estudante como factor inibidor da acção pela falta de poder, identificação de problemas mais fácil no 3º e 4º ano por já estarem mais abertos aos doentes e ao contexto envolvente, terem passado por mais experiências e terem mais maturidade.

Na sequência das duas análises e da comparação entre os dados, elaborou-se também um diagrama que ajudasse a compreender o processo de forma esquemática – nomeadamente factores facilitadores da identificação de um problema ético, factores facilitadores/inibidores da reflexão e tomada de decisão e factores facilitadores/inibidores da acção – e orientasse no “caminho a prosseguir”.

Figura 8 – Diagrama resultante da comparação de dados das entrevistas 1 e 2



Após esta análise minuciosa das duas primeiras entrevistas, considerou-se que a terceira entrevista deveria ser feita a mais um estudante do 4º ano no final do curso, uma vez que, ainda, era necessário um participante que fornecesse dados adicionais e também, de certa forma, confirmasse os já existentes. Após a análise e interpretação da referida entrevista, fez-se a comparação dos dados da mesma com os das duas anteriores e começou a verificar-se que alguns se repetiam. Os estudantes do 4º ano identificavam claramente e com alguma facilidade o problema ético; neste sentido, questionou-se novamente o estudante da entrevista 1 e perguntou-se que factores considerava terem contribuído para esta capacidade de identificação. Embora de modo diverso e em contextos diferentes, todos os estudantes referiram dois aspectos: conhecimentos de ética e deontologia adquiridos, desenvolvidos ao longo do curso (aulas, debates, jornadas, seminários, reflexão sobre situações concretas durante os

ensinos clínicos) e o facto de no 3º e 4º ano já conseguirem estar mais “abertos” ao que se passava com os doentes e a todo o contexto circundante, contrariamente ao que acontece nos dois primeiros anos do curso em que estão muito concentrados em si próprios e no seu desempenho.

Da comparação dos dados e da elaboração do respectivo diagrama, havia um aspecto que já se começava a evidenciar: os estudantes consideravam que estavam presentes factores facilitadores da identificação do problema e da reflexão e tomada de decisão.

No que se refere à acção, começou também a ficar evidente existirem factores que a facilitam, nomeadamente a atitude da equipa (conforme referência do estudante da entrevista 1) ou um sentimento de maior autonomia por parte do estudante (conforme referido pelo estudante da entrevista 3). Outros factores, pelo contrário, impedem os estudantes de agirem de acordo com o que consideram o mais correcto, como por exemplo o estatuto de aluno e a falta de poder correspondente. Daqui se conclui que, por vezes, apesar de os estudantes saberem qual o comportamento que deveriam adoptar, não conseguem agir em congruência com o que pensam.

Um outro aspecto a reter é que, tal como afirmam os defensores do interaccionismo simbólico – G. Mead (1863-1931), J. Dewey (1859-1952), C. Cooley (1864-1929) e H. Blumer (1900-1987) – e, mais recentemente J. Corbin e A. Strauss, os seres humanos são influenciados pelo ambiente circundante, interagem com ele e com as pessoas que os rodeiam, atribuem-lhes o seu próprio significado e também exercem influência sobre todo esse contexto, existindo, portanto, uma constante interacção ⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸⁴⁾. Tudo isto está bem evidente logo nas primeiras entrevistas, quando o estudante da entrevista 1 afirma, por exemplo, que “o facto de a equipa estar desperta para este tipo de situações” foi um factor facilitador da sua acção – ou seja, o estudante foi influenciado pelo ambiente circundante – e que, ao procurar a assistente social, contribuiu para o adiamento da alta do doente – influenciando, assim, as outras pessoas, não só em termos do contexto mas também do próprio processo.

Ao prosseguir com a investigação, já tinham sido identificados alguns conceitos relevantes e até algumas categorias e subcategorias, como por exemplo: identificação de problemas éticos, sentimentos e emoções (sensibilidade, choque), factores facilitadores da reflexão (conhecimentos de ética e deontologia, reflexão sobre situações práticas) e, ainda, factores facilitadores (experiências anteriores, uma

equipa desperta para os problemas éticos e com uma atitude favorável aos estudantes) e factores inibidores da acção (o estatuto de estudante).

Considerou-se, então, ser a altura certa para começar a entrevistar estudantes em outras etapas do processo ensino/aprendizagem e, sempre no sentido de procurar numa fase inicial “bons informantes”, pensou-se que se deveria entrevistar um estudante que estivesse no início do 4º ano, ou seja, antes da realização dos últimos ensinamentos clínicos do curso. Como já tinha concluído A. França, a narração de uma situação passada já há algum tempo inclui sempre, para além dos factos, a reflexão sobre eles, acrescentando que a consciência é habitada também pela reflexão sobre a acção e que as situações passadas são, não deturpadas pelo tempo ou pela reflexão mas, pelo contrário, enriquecidas por eles ⁽⁵³⁾. De facto, foi muito enriquecedor porque o estudante do 4º ano relatou uma situação ocorrida durante um ensino clínico do 2º ano, tendo feito alguma comparação entre a forma como reagiu e agiu no momento e o modo como provavelmente agiria agora no 4º ano. Foi-se sempre acrescentando questões que pudessem preencher as possíveis categorias resultantes da análise e interpretação dos dados colhidos anteriormente e também se questionou o estudante por que razão tinha relatado uma situação vivida no 2º ano e não uma do 3º ano. Segundo o estudante, os ensinamentos clínicos do 2º ano em serviços de internamento, como medecinas e cirurgias, proporcionam mais situações susceptíveis de reflexão e discussão do que os realizados no 3º ano em saúde comunitária ou mesmo em serviços de internamento de obstetrícia e pediatria onde não têm um papel muito interventor, devido ao tipo de ensino clínico realizado. Pela riqueza proporcionada por esta entrevista, considerou-se fundamental elaborar um memorando que se revelou de grande utilidade para o estudo.

Figura 9 – Memorando integrativo e comparativo

O estudante da entrevista 4, que está neste momento a frequentar o 4º ano, não tendo realizado ainda nenhum ensino clínico este ano, relatou uma situação que ocorreu no seu ensino clínico em medicina durante o 2º ano. Foi capaz de identificar um problema ético relacionado com o facto de a orientadora o ter questionado sobre um doente junto de outra doente a quem estava a prestar os cuidados de higiene e conforto naquele momento. Na altura, considerou uma falta de respeito pela intimidade da doente a quem estava a prestar cuidados e

também falta de respeito pela privacidade do outro doente sobre o qual foi questionado. Refere que a situação o incomodou bastante e que, apesar de pensar saber qual o comportamento correcto, não agiu em conformidade pelo facto de ser aluno, estar sujeito a avaliação e ter sido confrontado com uma situação imprevisível (não estava à espera que a orientadora tivesse aquele comportamento) o que fez com que no momento não tivesse consciência da forma mais adequada de reagir/agir. Acrescentou que se a situação se passasse no 4º ano teria maior facilidade em agir de outra forma e pediria à orientadora para aguardar que ele terminasse os cuidados à doente, tendo argumentado que a realização de vários ensinamentos clínicos, a ocorrência de situações concretas em que houve oportunidade de reflectir sobre as mesmas, os conhecimentos de ética e deontologia adquiridos ao longo do curso e alguns exemplos dados pelos colegas e discutidos em grupo contribuíram para lhe dar uma maior segurança de actuação.

Síntese: da análise e interpretação desta entrevista e da comparação com as anteriores, salientam-se aspectos comuns, como por exemplo o facto de ser aluno e o não saber como agir perante situações imprevisíveis como factores inibidores da acção. Será que os outros estudantes também têm dificuldade de agir perante situações imprevisíveis? E os estudantes do 3º ou do 4º ano? Serão eles capazes de agir em conformidade com o que é o correcto perante uma situação imprevisível? Este é um aspecto que importa explorar mais profundamente.

Este estudante acrescenta um outro pormenor que parece constituir mais um factor inibidor da acção: estar sujeito a avaliação.

Nesta entrevista, também se verifica que o estudante quando se encontrava no 2º ano já tinha a noção de que o doente deve ser respeitado, estando bem explícito no que relata que conseguiu detectar a falta de respeito pela intimidade e privacidade (quando a orientadora corre as cortinas) e pela confidencialidade (quando a orientadora faz perguntas sobre outro doente).

Um outro aspecto a salientar é o facto de o estudante referir uma mudança ao longo do curso, no sentido de uma maior autonomia resultante da acumulação de conhecimentos teóricos e experiências práticas, levando-o a concluir que se a mesma situação acontecesse no 4º ano conseguiria agir em congruência com o que acha ser adequado.

Após a análise e interpretação dos dados da entrevista 4 e a sua comparação com os dados anteriores, decidiu-se efectuar mais uma entrevista a outro estudante que estivesse no início do 4º ano. A situação que relatou, à semelhança do estudante anterior, tinha acontecido no ensino clínico de medicina do 2º ano. Neste caso, o estudante identificou o problema porque a família do doente lhe pediu ajuda pelo que, a partir daqui, se percebeu que existem duas formas diferentes dos estudantes identificarem o problema: enquanto alguns conseguem aperceber-se da existência do problema, outros têm de ser chamados à atenção para ele.

Neste ponto do estudo, foi possível definir algumas categorias e até algumas das suas propriedades e dimensões, como se exemplifica no quadro seguinte:

Figura 10 – Exemplo de uma categoria identificada, propriedades e dimensões

| Categoria | Propriedades e dimensões |
|---------------------------------|---|
| Factores facilitadores da acção | Atitude da equipa (E1; E5) Experiências anteriores (E2; E3) Maior maturidade (E4) Maior autonomia e independência (E3) |

Continuou-se o percurso de estudo procedendo sempre da forma descrita, colocando constantemente questões aos dados, comparando-os entre si e assim sucessivamente, até atingir a saturação teórica ^{(79) (82) (83) (84)}.

A saturação é explicada em termos de “quando não emergem novos dados” mas, mais do que uma questão de não novos dados, denota também o desenvolvimento de categorias em termos das suas propriedades e dimensões, incluindo variação e, quando construindo teoria, o delinear de relações entre conceitos. Como já foi dito, a análise começa no primeiro dia da colheita de dados, leva aos conceitos, os conceitos às questões e as questões a nova colheita de dados para que o investigador atinja o ponto de saturação, ou seja, o ponto em que todos os conceitos estão bem definidos e explicados. Atingir a saturação não é fácil, uma vez que o objectivo da investigação não é só ter uma lista de categorias, mas dizer algo sobre essas categorias e só quando o investigador explorou cada categoria com alguma profundidade, identificando as suas propriedades e dimensões sob diferentes condições, é que pode dizer que atingiu o nível de saturação. Embora a saturação

total possa nunca ser atingida, se o investigador considera que uma categoria oferece uma profundidade e amplitude considerável sobre um fenómeno e as relações com as outras categorias estão bem claras, então ele pode dizer que tem uma amostra suficiente ⁽⁸⁴⁾.

Para assegurar e manter o rigor do processo de investigação, seguiu-se as orientações contidas na mais recente publicação de J. Corbin e A. Strauss que aconselham a ter em linha de conta os seguintes critérios:

- **adequação:** os resultados devem reflectir a experiência dos participantes, ou seja, os mesmos devem rever-se na história, ainda que nem todos os detalhes se apliquem a todos eles;
- **aplicabilidade ou utilidade:** os resultados devem fornecer novas explicações, acrescentar conhecimento e poder ser utilizados para mudar a prática;
- **conceitos:** os resultados devem ter conteúdo, pelo que os conceitos devem ser desenvolvidos em termos das suas propriedades e dimensões, para que se verifique densidade e variação;
- **contextualização dos conceitos:** os resultados devem ser relacionados com o contexto, uma vez que sem o mesmo não é possível compreender porque ocorrem determinados acontecimentos, porque alguns significados e não outros são atribuídos aos acontecimentos ou porque as experiências acontecem de uma forma e não de outra;
- **lógica:** os resultados devem fazer sentido e conter o mínimo de lacunas, as quais podem deixar o leitor confuso e com o sentimento de que alguma coisa não está correcta;
- **profundidade:** são os detalhes da descrição que enriquecem os resultados;
- **variação:** os resultados devem conter variações, com exemplos que não obedecem ao padrão e que mostram as diferenças nas propriedades e dimensões. Ao incluir variações, o investigador demonstra a complexidade da vida humana;
- **criatividade:** os resultados devem ser apresentados de forma criativa e inovadora;
- **sensibilidade:** o investigador deve demonstrar sensibilidade aos participantes e aos dados e as questões devem derivar da colheita de dados;

- **evidência de memos:** deve haver evidência e discussão de memos no final do relatório.

J. Corbin e A. Strauss acrescentam que estes critérios constituem guias orientadores, o que significa que os procedimentos de investigação e os critérios de avaliação podem ser modificados. Os autores salvaguardam, ainda, que outro investigador pode não concordar com as conclusões desenvolvidas pelo investigador original e que apenas o investigador que realizou a colheita de dados e esteve imerso neles pode confirmar os resultados.

Assim, optou-se por uma descrição pormenorizada do estudo realizado e os aspectos fundamentais foram analisados com a orientadora do estudo, nomeadamente a pergunta de partida, os objectivos, algumas das entrevistas transcritas e respectivo tratamento de dados.

Além disso, após a análise e interpretação de cada entrevista ou relato, foi feita a validação com cada um dos participantes e constituído um grupo de acompanhamento, formado por cinco estudantes de diferentes anos do curso com quem se reuniu frequentemente e se foi validando os dados obtidos.

2.7 REFERÊNCIAS

53. FRANÇA, Ana Paula. *A emergência da consciência bioética e o cuidar*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2003. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.
68. HUNINK, Gert [et al]. Moral issues in mentoring sessions. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 4, pp. 487-498.
69. FIGUEIREDO, Abílio. *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa, 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.
77. DENZIN, Norman & LINCOLN, Yvonna. *The sage handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. ISBN 0-7619-2757-3.
78. GÓMEZ, Gregorio Rodriguez; FLORES; Javier Gil e JIMÉNEZ, Eduardo Garcia. *Metodologia de la investigación cualitativa*. 2^a ed. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999. ISBN 84-87767-56-7.

79. STREUBERT, Helen J. & CARPENTER, Dona Rinaldi. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2011. ISBN 978-0-7817-9600-2.
80. BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press, 1986. ISBN 0-520-05676-0.
81. KINACH, Barbara M. Grounded theory as scientific method: Haig-inspired reflections on educational research methodology. *Philosophy of Education* . http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/95_docs/kinach.html. [Online] 1995 [Citação: 4 de Novembro de 2007].
82. GLASER, Barney G. & STRAUSS, Anselm L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter, 1967. ISBN 978-0-202-30260-7.
83. STRAUSS, Anselm & CORBIN, Juliet. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN 0-8039-5939-7.
84. CORBIN, Juliet & STRAUSS, Anselm. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008. ISBN 978-1-4129-0644-9.
85. CHARMAZ, Kathy. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006. ISBN 10 7619 7353 2.
86. LOPES, Manuel José. A metodologia da grounded theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2003, Vol. 8, pp. 63-74.
87. GOULD, Dinah. Using vignettes to collect data for nursing research. *Journal of Clinical Nursing*. 1996, Vol. 5: 4, pp. 207-212.
88. JACKSON, Alecia Y. & MAZZEI, Lisa A. *Voice in qualitative inquiry: challenging conventional, interpretative and critical conceptions in qualitative research*. New York: Taylor & Francis e-Library, 2009. ISBN 0-203-89188-0.

3. DA INFORMAÇÃO AOS RESULTADOS

Como tem sido salientado, a grounded theory é um método que parte dos dados para a elaboração da teoria. Deste modo, e após enfatizada a pertinência do presente estudo e referido o caminho percorrido relativamente ao tipo de estudo e método, participantes no estudo, instrumentos de colheita de dados utilizados e a forma como decorreu o processo de colheita, análise e interpretação dos mesmos, passa-se a apresentar os contextos dos ensinos clínicos, bem como os resultados do estudo e a teoria que foi emergindo.

3.1 OS CONTEXTOS DOS ENSINOS CLÍNICOS

A estrutura e o processo estão relacionados porque as acções das pessoas surgem em resposta a questões, problemas ou situações e, à medida que mudam as condições do contexto, são feitos ajustamentos nas acções/interacções/emoções. O contexto não determina o curso de acção, mas identifica um conjunto de condições a que as pessoas reagem com alguma forma de interacção o que, por sua vez, pode ter impacto nas condições⁽⁸⁴⁾.

Neste sentido, e dada a estreita relação entre o contexto e o processo, as condições e as interacções, torna-se necessária uma descrição dos contextos de ensinos clínicos, uma vez que os mesmos estiveram na base da análise e interpretação de toda a informação, tendo em conta que influenciam o processo.

3.1.1 Os espaços físicos

Os espaços onde se desenvolvem os ensinos clínicos dos estudantes de enfermagem são diversificados, pelo que se tornaria confusa, complexa e até maçadora uma descrição exaustiva de todos. Após as entrevistas realizadas e os

relatos escritos dos estudantes, verificou-se que as situações a que faziam referência aconteciam nos ensinos clínicos em serviços de internamento e em dois tipos de instituições: uma onde decorrem os ensinos clínicos no 1º ano e outra onde decorrem os dos estudantes no 2º, 3º e 4º anos. Neste sentido, a opção foi a de descrever os dois principais espaços.

Os ensinos clínicos dos estudantes do 1º ano decorrem na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia, antigas instalações do Hospital de Ponta Delgada.

Apesar de a grandiosidade física da instituição, a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia encontra-se subdividida em três enfermarias, nomeadamente, no 3º e 5º pisos da referida instituição, dado que o mesmo espaço é partilhado por uma escola de formação com mais de trezentos estudantes de cursos profissionais.

No 3º piso encontra-se a primeira unidade, enfermaria antiga, com paredes e janelas altas, dividida em duas alas que servem para separar as pessoas do sexo masculino das do feminino, num total de quinze camas. A ala feminina é dividida em três quartos abertos e a masculina em dois. Não existem cortinados a separar a unidade de cada doente e o espaço físico restringe-se a uma cama e uma mesa-de-cabeceira, sobre a qual estão fotografias, imagens ou outras recordações.

Apesar da singularidade da referida unidade, esta é caracterizada pelos funcionários da instituição como sendo a “mais leve”, isto porque os doentes maioritariamente idosos apresentam dependência parcial, colaborando em algumas actividades da vida diária, nomeadamente na transferência dos doentes da cama para a cadeira e vice-versa, bem como na alimentação dos mesmos.

Na enfermaria existe: uma casa de banho para banho assistido, usado maioritariamente pelos estudantes de enfermagem aquando do ensino clínico; uma arrecadação; uma sala de refeições que acolhe artefactos antigos de decoração alusiva ao hospital, sendo raramente espaço de convívio para as refeições diárias dos doentes, muitas vezes por opção dos próprios, porque já estão habituados ao seu “canto”. É ainda nesta unidade que a enfermeira chefe organiza o serviço, servindo-se da sala de trabalho como seu gabinete, por este não ter luz solar que propicie um bom ambiente de trabalho.

Quanto ao 5º piso, divide-se em duas enfermarias distintas, sendo de salientar que numa delas os estudantes não realizam ensino clínico, dada a gravidade do

estado de consciência e dependência dos doentes, utilizando apenas a enfermaria da ala norte da instituição. Esta é mais moderna e está dividida em quartos, dos quais três com três camas cada e sete com duas. Para cada quarto existe uma casa de banho que só é utilizada, uma vez por semana, por cada doente para banho geral, em dias estipulados e rotativos.

Cada quarto tem luz solar e vista sobre a Avenida Marginal. Apesar de não haver cortinados que garantam a privacidade, as pessoas que lá se encontram geralmente não dialogam umas com as outras, passando a maior parte do tempo a ver televisão.

A sala de trabalho encontra-se a meio da enfermaria mas distante dos primeiros e últimos quartos de um corredor com paredes altas e brancas.

O horário das visitas é durante uma hora e trinta minutos de manhã e uma hora e trinta minutos à noite, sendo do conhecimento geral o reduzido número de visitas que estes doentes recebem, sejam familiares ou amigos.

Os ensinamentos clínicos dos estudantes do 2º, 3º e 4º ano, decorrem em serviços de medicina e cirurgia numa instituição em que o espaço físico de todas as enfermarias é bastante idêntico, à exceção da cor das paredes. Esta instituição foi construída há cerca de vinte anos, tendo iniciado o seu funcionamento em 1999. Todos os serviços de internamento são bem iluminados pela luz do sol e têm um aspecto acolhedor e novo, para além de estarem divididos de forma a providenciarem alguma privacidade e respeito pelo pudor dos doentes. Cada enfermaria dispõe de um hall de entrada, onde é feito o acolhimento inicial e onde os familiares aguardam informações ou a entrada para os quartos dos doentes. Segue-se um corredor. Num lado estão dispostos os quartos dos doentes e, seguidamente, o gabinete médico. No outro lado do corredor há uma sala com todo o material que poderá ser necessário e roupa limpa, uma sala de tratamentos, uma pequena copa para os funcionários, uma sala de enfermagem, o gabinete da enfermeira chefe, casa de banho dos funcionários, uma sala para banho assistido, sala de sujos e uma porta de saída de emergência. A sala de enfermagem, cuja parede para o corredor é de vidro, encontra-se dividida em dois espaços: num deles é feita a preparação da terapêutica; no outro estão os processos dos doentes e é neste espaço que decorre a elaboração dos registos e a passagem de turno.

As enfermarias têm uma lotação para vinte e seis doentes, estando os quartos dispostos da seguinte forma: quatro de três camas cada, dois de seis camas e dois

individuais, possuindo estes últimos casa de banho privativa. À saída de cada um dos quartos de três e seis camas existe uma casa de banho com um lavatório no seu exterior e uma sala com chuveiro. É de salientar que existem cortinas entre as camas dos doentes, que são corridas sempre que os mesmos necessitam de privacidade.

À saída de cada enfermaria existe um refeitório para os doentes, uma copa, uma sala de reuniões e uma sala onde trabalha a secretária de unidade.

3.1.2 A interacção

Tal como referido, os ensinos clínicos do 1º ano são realizados numa instituição diferente daquela onde decorrem os dos outros anos do curso em que, para além das diferenças em termos de espaços físicos, também há aspectos relacionados com a interacção que diferem, como por exemplo o regime de trabalho dos enfermeiros, o poder dos assistentes operacionais e o tipo de cuidados prestados pelos estudantes. Nesse sentido, torna-se fundamental descrever os contextos da interacção nos ensinos clínicos do 1º ano e os dos restantes ensinos clínicos.

No primeiro ano

Em termos da constituição da equipa, a Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia conta com uma equipa de enfermagem em *part-time*, um médico responsável por todo o serviço (que vai à instituição uma ou duas vezes por semana ou quando solicitado) e uma equipa fixa de assistentes operacionais, que detêm o poder e autoridade na instituição.

Os horários dos enfermeiros e dos assistentes operacionais estão organizados em três turnos: o da manhã das oito às dezasseis horas, o da tarde das dezasseis às vinte e quatro horas e o da noite das zero às oito horas, havendo apenas um enfermeiro e um assistente em cada unidade.

O método de trabalho utilizado é o individual, ou seja, é o mesmo enfermeiro o responsável por uma determinada ala e presta todos os cuidados aos doentes durante o turno, com a ajuda do mesmo assistente operacional, o que é estipulado pela enfermeira chefe no início do turno da manhã.

Os cuidados de higiene, a alimentação dos doentes e os cuidados relativos à eliminação vesical e intestinal estão geralmente a cargo dos assistentes operacionais, excepto quando são doentes em estado grave, que requerem cuidados específicos e

especializados, que neste caso são prestados pelo enfermeiro e um assistente operacional.

Quando acontece uma situação de urgência, o doente é enviado de ambulância ao serviço de urgência do Hospital do Divino Espírito Santo.

Durante os ensinamentos clínicos, os cuidados de higiene e conforto ficam a cargo dos estudantes, assim como o levante e a alimentação dos doentes. Estes estudantes desenvolvem também actividades lúdicas, recreativas e culturais com os doentes, proporcionando momentos de interacção e partilha.

Os estudantes são divididos em cerca de seis a oito por cada enfermaria, fazem apenas os turnos da manhã, são acompanhados por um professor e ficam com um doente ao seu cuidado. A prestação de cuidados decorre das oito às treze horas e, após o almoço, os estudantes reúnem com o professor para elaborarem os registos da evolução dos doentes e dos cuidados prestados e discutirem situações consideradas importantes e pertinentes.

Nos restantes anos

Tal como no contexto anterior, começa por referir-se a constituição da equipa, no sentido de mencionar os actores que circulam no espaço. A mesma é constituída por enfermeiros, médicos, assistente social, assistentes operacionais, assistentes de limpeza, copeiras e secretária de unidade. Para além desta equipa os serviços são visitados, sempre que necessário, por médicos de especialidades que não fazem parte da enfermaria, psicólogos, voluntários, dietistas, capelão ou outro assistente religioso, entre outros profissionais.

O horário de visitas para os familiares e amigos dos doentes é das treze às vinte horas. Não podem permanecer mais do que duas pessoas em simultâneo com cada doente, que tem direito a um acompanhante permanente a partir das doze horas e trinta minutos e até cerca das vinte e uma horas.

Sempre que possível, os doentes em fim da vida permanecem em quartos individuais e podem estar acompanhados pela família.

Os doentes são internados nos serviços através do serviço de urgência, do serviço de consulta externa ou de um consultório privado. Quando entram nos mesmos são acolhidos por um enfermeiro que, para além de explicar ao doente e família todas as rotinas do serviço, mostra as instalações, faz a colheita de dados e presta os primeiros cuidados.

Os cuidados de higiene, a alimentação dos doentes e os cuidados relativos à eliminação vesical e intestinal estão geralmente a cargo dos assistentes operacionais (com supervisão pelos enfermeiros), excepto quando são doentes em estado grave, que requerem cuidados específicos e especializados, neste caso prestados por um enfermeiro e um assistente operacional.

Quando os estudantes se encontram em ensino clínico, o mesmo processa-se de formas diferentes, de acordo com a fase de aprendizagem em que se encontram.

Os ensinamentos clínicos do 2º ano realizam-se em serviços de medicina e cirurgia. Os estudantes são divididos em cerca de seis a oito por cada enfermaria, fazem apenas os turnos da manhã e são acompanhados por um professor e um orientador/enfermeiro do serviço. Ficam com um ou dois doentes a seu cargo, a quem prestam cuidados globais sempre supervisionados pelo professor ou pelo orientador. A prestação de cuidados decorre das oito às treze horas e, após o almoço, os estudantes reúnem com o professor (e por vezes também com o orientador) para elaborarem os registos da evolução dos doentes e dos cuidados prestados e discutirem situações consideradas importantes e pertinentes.

Os ensinamentos clínicos do 3º ano decorrem nos serviços de pediatria e obstetrícia e são organizados de forma idêntica à dos do 2º ano, mas os estudantes prestam cuidados durante todo o turno de segunda a quinta-feira, acompanhados pelo professor. Os estudantes elaboram os registos, que são sempre lidos e corrigidos pelo professor. Às sextas-feiras, estudantes e professor reúnem na escola, onde fazem uma reflexão conjunta da semana que passou.

Os ensinamentos clínicos do 4º ano acontecem em serviços de medicina, cirurgia e serviço de urgência. Os estudantes fazem os turnos da manhã, tarde e noite e cada estudante é orientado por um enfermeiro do serviço, prestando cuidados globais aos doentes a cargo daquele enfermeiro. Cada professor supervisiona vários campos de ensino clínico, mantendo contactos regulares com os estudantes e orientadores.

3.2 O EMERGIR DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, de modo a organizar a apresentação dos dados da investigação realizada, a opção foi seguir a ordem dos objectivos traçados no início do estudo. Assim, este subcapítulo encontra-se dividido de acordo com aqueles e

segundo as categorias e subcategorias que emergiram, nas quais foram incluídas as propriedades e dimensões de cada uma delas e resultantes da análise, comparação e interpretação de toda a informação colhida.

3.2.1 Percepção do problema ético

Um dos objectivos do presente estudo era identificar o(s) momento(s) do curso a partir do(s) qual(is) os estudantes reconhecem a existência de problemas éticos, pelo que esta questão foi tida em conta desde o início.

À medida que foi sendo realizada a colheita, análise, interpretação e comparação constante entre os dados, verificou-se que, apesar de não existir propriamente um momento do curso em que os estudantes se tornam capazes de identificar um problema ético, só no final do 1º ano e após a realização de um ensino clínico, eles começam a conseguir reconhecer problemas éticos relacionados com questões da área da saúde.

Efectivamente, não se deve esquecer que, de um modo geral, é quando chegam à Escola que os estudantes começam a ouvir e a falar de saúde, de deontologia e de ética e só quando vão para ensino clínico começam a ter contacto com pessoas em situações de vulnerabilidade e sofrimento, de doença e morte. Além disso, como confirmam os estudantes dos anos mais avançados, antes de realizarem ensinamentos clínicos normalmente ainda não tiveram qualquer contacto com serviços de saúde, a não ser esporadicamente e, na maioria das situações, como clientes, familiares ou amigos.

Deste modo, ao realizar as entrevistas aos estudantes no início do curso, em que se começava por lhes pedir se podiam descrever pormenorizadamente uma situação de vida que tivessem considerado problemática, alguns deles manifestavam não compreender o que se queria dizer com isso. Clarificava-se sempre, dizendo, por exemplo, que se pretendia uma situação que os tivesse feito pensar, que tivessem reflectido sobre ela ou, mesmo, sentido necessidade de tomar uma posição ou uma decisão difícil. Após esta introdução, a maioria dos estudantes começava a relatar uma situação.

Alguns estudantes falavam de discussões tidas com colegas, professores ou superiores hierárquicos resolvidas, por vezes, com alguma agressividade e sobre as

quais demonstravam não ter feito qualquer tipo de reflexão³³. Outros relatavam problemas relacionados com situações de vida, colocando dúvidas e questões e evidenciando já algum tipo de reflexão, como é o caso do exemplo que se segue:

“A situação era sobre a minha bisavó estar a morar em casa da minha avó e então... a minha avó tem osteoporose... tinha grandes problemas dos joelhos e doía-lhe muito mesmo, chegou a fazer infiltrações e tudo... e então era difícil para ela porque ela é que tinha que lavar sozinha... fazer a comida ... dar a comida e tudo e ela mesmo se estivesse doente... ela uma vez foi para o hospital e tudo e... a minha avozinha ficou sozinha, quem ia lá era a minha mãe e o meu avô também não dava banho à minha avó... quem ia às vezes também era as vizinhas porque a minha mãe também trabalhava... e então ela... ela quando o marido morreu ela foi-se muito abaixo, depois ela caiu de uma cadeira e ficou mal da anca... depois já não se podia mexer muito e então ficou mesmo de cama... e a minha avó muitas vezes chorava porque... não podia também... era a sogra e às vezes a minha avó era meia malcriada com ela... e então ela chorava porque não queria pô-la num lar porque achava que ela não merecia ir para o lar coitadinha”. (1º ano, E8)

Tornou-se também evidente que as histórias contadas pelos estudantes eram de índole diferente e, enquanto uns relatavam situações em que eles eram os próprios protagonistas, outros falavam de casos relacionados com familiares, amigos e conhecidos, em que manifestavam sentimentos de solidariedade, de compaixão pelo outro ou mesmo de preocupação e de confronto entre o dever e a sensibilidade.

Perante a realidade descrita, constatou-se que os estudantes do 1º ano no início do curso demonstram alguma dificuldade de compreender em que consiste uma situação problemática e, apesar de terem sido esclarecidos, nem sempre relataram situações que fossem, efectivamente, problemas éticos.

Como os objectivos do estudo dependiam da capacidade de identificação de um problema ético, uma vez que a mesma era o “ponto de partida” para perceber o raciocínio, tomada de decisão e acção dos estudantes, no sentido de se compreender o processo de desenvolvimento da competência ética ao longo do curso de enfermagem, considerou-se não haver interesse em incluir a partir daí os estudantes logo no início do curso e prosseguiu-se com os restantes, ou seja, os do 1º ano após a realização do primeiro ensino clínico e os dos anos mais avançados.

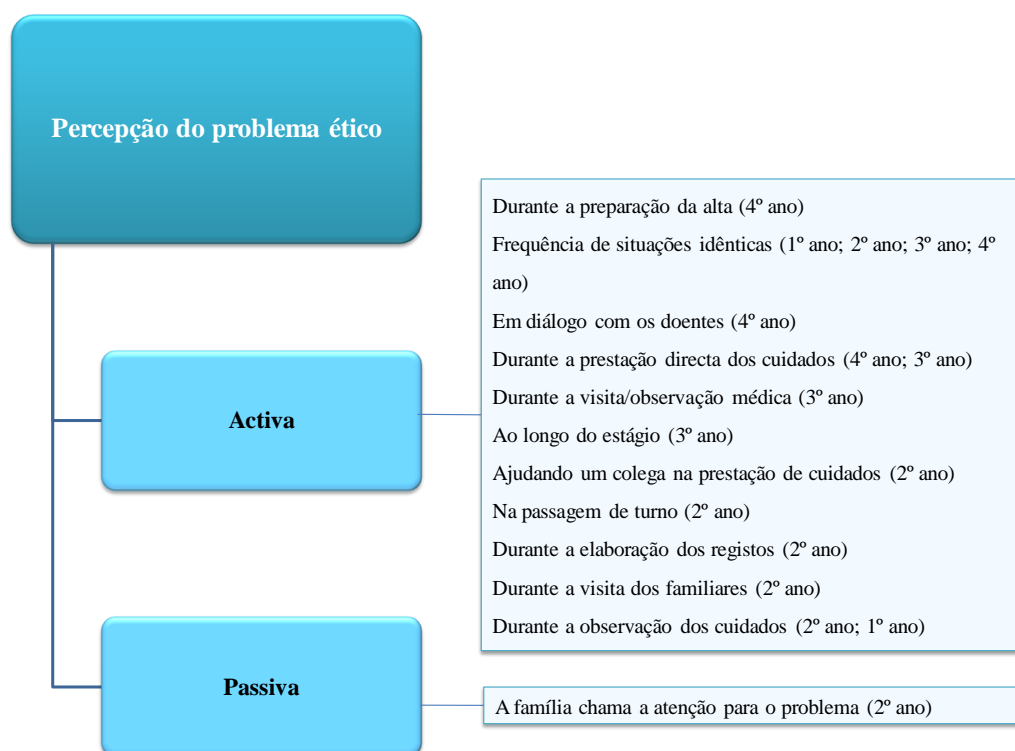
³³ Como exemplo, refere-se um estudante que afirmou o seguinte durante a entrevista: “Como eu tinha sido leal... e na minha perspectiva estava a ser prejudicado ao não resolverem a situação, e como não estavam a ter a mesma lealdade que tinha tido. Parecia que ninguém se interessava pela minha situação. Precisando eu de fazer uso da minha licença de férias para faltar o menos possível às aulas, pedi para falar com o meu superior hierárquico e dei dois murros na mesa”. (1º ano, E 19)

À medida que os dados das entrevistas e dos relatos foram sendo analisados, percebeu-se que os estudantes identificam problemas éticos em diferentes momentos e de formas diversas. Neste sentido, agruparam-se os vários códigos que emergiam dos dados de acordo com as suas semelhanças e diferenças e tentando elevá-los a um nível superior de abstracção. Verificou-se, por exemplo, que alguns estudantes se apercebem dos problemas quando não estão a prestar cuidados directos, como por exemplo quando estão a observar o trabalho dos colegas ou a elaborar os registos. Outros estudantes reconhecem a existência de problemas mesmo durante a prestação dos cuidados.

Verificou-se também que, enquanto uns estudantes precisam que alguém chame a sua atenção para a existência dos problemas, outros conseguem por si próprios identificá-los.

Assim, no sentido de identificar lacunas e aspectos a aprofundar e explorar, elaborou-se um diagrama dos conceitos e categorias que foram emergindo ao longo da análise, interpretação e comparação entre os dados obtidos e que se apresenta abaixo:

Figura 11 – Percepção do problema ético



Da análise do diagrama, salienta-se a categoria “percepção do problema ético”, da qual emergiram duas subcategorias, relacionadas com a forma como os estudantes identificam o problema: uma que se intitulou de activa – quando o estudante é capaz de por si próprio reconhecer que está perante um problema ético – e uma que se intitulou de passiva – quando outra pessoa tem de o alertar para a existência de uma situação problemática.

No que se refere aos estudantes que frequentavam o final do 1º ano e já tinham realizado ensino clínico num serviço de medicina, onde prestaram cuidados de higiene e conforto aos doentes e cuidados relativos à alimentação, respiração e eliminação, verificou-se que identificam problemas éticos relacionados com o comportamento e a actuação dos assistentes operacionais. Para exemplificar, passa-se a citar o que um deles referiu:

“Depois vão fazer o levante, fazem o levante, foi mesmo uma coisa professora... eu fiquei impressionado... um levante?... foi pegar nela, bomba na cadeira... e a cabeça bateu outra vez na cadeira... a senhora estava mesmo mal e elas sempre na sua... foi mesmo uma coisa horrorosa ... aquilo fez-me pensar, eu nunca metia ninguém da minha família ali para ser tratado daquela maneira não... as pessoas pagam, das enfermeiras não se tem nada a dizer porque elas de facto fazem o que têm a fazer, o que é da sua profissão e cumprem tudo, agora aquelas auxiliares... já não era a primeira vez... mas agora chegar ao ponto de quase bater numa velhota é que é mesmo... ela tinha razões para tentar agredir ou não... elas é que deviam ser conscientes e perceber que tinham agido mal...” (1º ano, E10)

O estudante diz que não tem nada a dizer das enfermeiras porque “elas fazem o que têm a fazer”, o que pode levar a duas conclusões diferentes: ou os enfermeiros dos serviços adoptaram sempre comportamentos adequados ou nesta fase do curso os estudantes ainda não compreendem de forma clara e completa toda a complexidade dos cuidados de enfermagem. Note-se que o estudante faz referência apenas à vertente do “fazer” dos enfermeiros. Saliente-se que este aspecto está relacionado com o afirmado pelos defensores do interaccionismo simbólico, ou seja, os seres humanos são influenciados pelo ambiente circundante, interagem com ele e com as pessoas que os rodeiam e atribuem-lhes o seu próprio significado. De facto, este estudante provavelmente ainda atribui aos enfermeiros um significado redutor do “fazer”, até porque é o que ele consegue ver no contexto onde se encontra.

Efectivamente, é evidente a relação entre os conhecimentos dos estudantes, as actividades que desenvolvem em ensino clínico e os problemas que conseguem identificar. O estudante acima referido, bem como todos os outros colegas, não

identificaram nenhuma situação relacionada com o comportamento e actuação dos enfermeiros e/ou dos médicos. Isto acontece, provavelmente, porque no serviço em causa são os assistentes operacionais que desenvolvem todas as actividades correspondentes às que são desempenhadas pelos estudantes do 1º ano durante o ensino clínico e porque estes, por sua vez, ainda não prestam determinados cuidados que são desenvolvidos pelos enfermeiros, como é o caso da preparação e administração de terapêutica. Porém, durante o período das observações, e no decurso de uma entrevista informal a um estudante do 2º ano, o mesmo, reportando-se ao ensino clínico feito no 1º ano, referiu que muitas vezes se sentiu incomodado não só com o comportamento dos assistentes operacionais, mas também com alguns comportamentos de enfermeiros, tendo dado como exemplo administrarem medicação aos doentes dentro das papas, sem que os próprios tivessem conhecimento (2º ano, O3). Este estudante poderá ser considerado como o que J. Corbin e A. Strauss chamam de “caso negativo”, ou seja, uma excepção ao padrão habitual. Todavia, não se deve esquecer que existem variáveis presentes em todo o processo, que influenciam de forma marcante e têm a ver com a singularidade da pessoa do estudante, com a sua personalidade, com as suas crenças e valores, com as influências que foi recebendo ao longo da vida e também com os significados que atribui ao que o rodeia.

Os estudantes estão mais atentos a situações relacionadas com os conhecimentos adquiridos durante o período teórico, como por exemplo o respeito pela pessoa e pela sua dignidade. É o caso de um que refere uma situação em que a intimidade e privacidade dos doentes não foram respeitadas:

“A situação foi logo no princípio quando entrei no serviço para conhecer o serviço em si, porque ia começar o ensino clínico... foi... os assistentes operacionais estarem a lavar as senhoras e os senhores desnudados completamente e sem qualquer resguardo, à vista de todos. Acho que é uma coisa... para quem entra no serviço pela primeira vez é um choque... talvez porque tivesse sido ensinada a usar o lençol para manter a privacidade da pessoa” (1º ano, E16).

Estas constatações vêm também comprovar uma das premissas básicas do interaccionismo simbólico – os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que elas têm para eles. De facto, no caso dos estudantes do 1º ano, verifica-se que existe uma série de condições que influenciam o significado que atribuem aos acontecimentos – nomeadamente os conhecimentos que possuem e o

tipo de actividades que desenvolvem – e, consequentemente, as suas acções/interacções/emoções. Por isso, na análise e interpretação dos dados deve ter-se sempre em conta o contexto, ou seja, o conjunto de condições em que surgem os problemas ou situações ⁽⁸⁴⁾.

Além disso, existem também condicionalismos dos próprios campos de ensino clínico que podem contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes, como foi o caso dos assistentes operacionais agirem de forma fria e distante para com os doentes não os respeitando, por vezes, como pessoas. Se tal não acontecesse de forma tão frequente e evidente, provavelmente os estudantes não se aperceberiam e não colocariam questões.

Assim sendo, nunca se deve analisar o processo sem o relacionar com o contexto. Com efeito, como houve oportunidade de se verificar, quando o contexto muda, também o processo se altera. Assim sendo, como exemplo, passa a referir-se o caso de um estudante do 1º ano que fez um ensino clínico de observação num serviço de medicina, durante uma semana, em que não prestou qualquer tipo de cuidados aos doentes e que refere no relato que efectuou:

“Contudo, quando falei com um Sr. enfermeiro noutra ocasião sobre o doente, este explicou-me que o seu médico tinha-lhe diagnosticado há pouco tempo uma neoplasia pulmonar numa fase bastante avançada. Contudo, o utente e a família não sabiam [...] Pensei duas vezes antes de perguntar porque ninguém ainda tinha falado com o senhor ou com a família [...] Perguntei e a resposta que obtive foi uma breve explicação de que a responsabilidade da informação ao utente e à família sobre diagnósticos era do médico, que não é dever e responsabilidade do enfermeiro fazê-lo. Compreensivelmente entendi a situação [...] Mas... seria deontologicamente correcto deixar o senhor e a sua família ficarem a pensar que poderá ter tuberculose? Voltei a questionar se nem à família tinham falado sobre o diagnóstico. Pensei que dado o estado de saúde do doente, talvez tivessem optado por não lhe comunicar. Ou... talvez eu não quisesse acreditar que poderia estar a acontecer tal situação...” (1º ano, R5)

Este estudante consegue identificar um problema ético relacionado com a verdade e informação devida ao doente, apesar de, dada a fase do curso em que se encontra, ainda não saber claramente o modo mais adequado de agir. Contrariamente aos colegas que realizaram o ensino clínico em serviços de internamento, prestando cuidados muito semelhantes aos desenvolvidos pelos assistentes operacionais e que identificaram problemas relacionados com os comportamentos destes, o estudante que esteve durante uma semana a observar os cuidados prestados pelos enfermeiros identifica um problema diferente. Esta comparação permite comprovar o que afirmam J. Corbin e A. Strauss relativamente à forte ligação entre o contexto e o

processo. De facto, quando os estudantes têm de prestar cuidados de higiene e conforto aos doentes, os quais normalmente são efectuados pelos assistentes operacionais, estão concentrados no seu trabalho e simultaneamente mais atentos a quem realiza os mesmos procedimentos. Daí que os que desenvolvem o seu ensino clínico neste tipo de contexto se apercebiam mais dos comportamentos dos assistentes operacionais e não estejam despertos para o que acontece relativamente à actuação dos enfermeiros ou dos médicos. Contrariamente, quando permanecem nos serviços em observação, estão mais disponíveis e conseguem dirigir a sua atenção para o que acontece em seu redor.

Os estudantes do 1º ano estão muito absorvidos pela realização de técnicas e procedimentos ainda novos para eles, uma vez que na maioria são realizados pela primeira vez, o que também leva a que muitas vezes não consigam estar despertos e atentos a outras questões. Desta forma, quando são capazes de identificar um problema fazem-no normalmente em relação àqueles que são mais simples, frequentes ou bastante claros (como por exemplo nas situações em que se torna bastante evidente a falta de respeito pela privacidade dos doentes) e nos períodos em que não estão ocupados nos cuidados directos aos doentes.

Após a análise das vinhetas, verificou-se que os estudantes, quando lhes é apresentada uma situação em que está presente um problema ético, conseguem, na sua maioria, identificá-lo. Porém, quando isso acontece, fazem-no algumas vezes com pouca clareza e demonstrando alguma dificuldade.

Além disso, compreendeu-se que efectivamente identificam com muito maior facilidade os problemas mais comuns e relacionados com os conhecimentos adquiridos e com as actividades desenvolvidas em ensino clínico. Como exemplo, cita-se um estudante que consegue identificar claramente o problema apresentado na vinheta 1:

“Considero que existe mais do que um problema ético nesta história, nomeadamente na questão da confidencialidade dos dados referentes ao utente que está ao cuidado da estudante Julieta e a pouca dignidade cedida ao utente a quem esta estudante está a prestar cuidados, por parte da orientadora.” (1º Ano, V1)

Em contrapartida, o mesmo estudante não consegue identificar o problema apresentado na vinheta 2, relacionado com a informação verdadeira:

“Nesta situação não consigo definir o problema ético encontrado, apenas consigo fazer uma reflexão sobre a mesma” (1º ano, V1)

Em relação aos estudantes do 2º ano, verificou-se que apenas conseguem identificar problemas éticos quando não estão a prestar cuidados directos, ou seja, apercebem-se das situações nas passagens de turnos, durante a elaboração dos registos, quando estão a observar cuidados prestados por outros colegas, durante as horas das visitas ou quando a família lhes coloca determinadas questões.

Por exemplo, um deles apercebeu-se que um doente não estava devidamente informado sobre a sua situação, durante a elaboração dos registos:

“No fim do dia, quando eu fui fazer os registos, eu vi que a folha estava assinada, mas pela conversa que eu tinha tido com o senhor não me parecia que ele tinha percebido as duas possibilidades... pelo que eu percebi o que ele tinha entendido é que ia tirar só aquela parte que estava necrosada” (2º ano, E11).

Só um estudante identificou uma situação em que o direito do doente à privacidade não foi respeitado, mas quando estava a ajudar outro colega e não a prestar cuidados:

“Como fui a primeira pessoa a ficar despachada, fui-o ajudar a ele... e enquanto nós estávamos a dar o banho à cliente... pronto que é uma situação em que quando a orientadora do serviço manifestou a sua vontade de fazer as perguntas ali. Permaneceu com as cortinas abertas... a ... a doente estava descoberta porque nós estávamos a dar o banho, só tivemos mesmo tempo foram de lhe colocar o lençol por cima porque não tivemos oportunidade para a vestir nem nada” (4º ano, E4).³⁴

Tudo isto indica que, durante a prestação dos cuidados aos seus doentes, os estudantes estão de tal modo concentrados e preocupados com o seu desempenho, no que diz respeito ao que “estão a fazer”, que não conseguem dirigir a sua atenção para outros problemas que possam acontecer ou existir. Como afirmava um deles “sou eu, o meu doente e o meu orientador”. Este aspecto foi confirmado ao longo das observações feitas durante os ensinamentos clínicos tendo-se verificado que, quer ao longo dos turnos, quer durante as reuniões no final dos mesmos entre o professor e os estudantes, estes referiam-se geralmente aos procedimentos e às técnicas. Por exemplo, numa das observações efectuadas durante a prestação de cuidados os estudantes estavam, acompanhados pelo orientador clínico, a fazer avaliações das pressões arteriais e das glicemias capilares aos doentes. A investigadora aproximou-se e propositadamente não se apresentou a um dos doentes logo de início, para ver se algum dos estudantes tinha esse cuidado, o que não aconteceu. Além disso, o estudante disse ao doente que ia avaliar a glicemia capilar e administrou a insulina

³⁴ Saliente-se que, apesar de este estudante se encontrar no 4º ano, recorda uma situação vivida num ensino clínico no 2º ano.

sem lhe dar qualquer explicação. Entretanto, o outro colega que observava os cuidados prestados teve o cuidado de correr as cortinas da unidade. Depois, pediu-se autorização ao primeiro estudante para lhe fazer uma entrevista informal – uma vez que ele não apresentou o doente, não correu as cortinas da unidade e não pediu o consentimento para as acções de enfermagem realizadas – e questionou-se se considerava que o seu comportamento tinha sido o adequado. Ele respondeu que achava que o seu comportamento tinha sido correcto. Ao ser chamado à atenção para o facto de não ter pedido ao doente o consentimento, referiu que não tinha sido a primeira vez e que o doente tinha “levantado a mão em sinal de que aceitava”. Com esta observação e outras efectuadas, foi possível confirmar que os estudantes do 2º ano estão de tal forma concentrados no seu desempenho que não conseguem aperceber-se de questões importantes, como o relatado. É notório que o estudante tinha o conhecimento, mas não agiu da forma mais correcta, sobretudo no que se refere ao facto de não ter corrido as cortinas da unidade, o que acabou por ser feito pelo colega que o acompanhava.

A prioridade para os estudantes é a realização das técnicas correctamente, uma vez que sabem que estão a ser observados e avaliados. Assim, concentram-se nas mesmas sobretudo quando as executam pela primeira vez. À medida que vão adquirindo experiência na realização de determinados procedimentos, vão conseguindo estar mais atentos ao que os rodeia. Porém, sempre que realizam uma técnica pela primeira vez, referem que voltam a concentrar-se por completo na sua execução. A este propósito, um estudante do 2º ano, durante uma entrevista informal após uma das reuniões observadas entre o professor e os estudantes, refere:

“Quando vou fazer colheitas aos doentes, digo que o médico pediu análises e pergunto sempre se pode ser... mas no início do estágio eu não tinha essa preocupação, estava tão preocupada com a técnica que nem sequer falava. Uma vez fiz uma algáliação e comuniquei muito pouco com a doente. Mas isto para mim é muito importante e penso muito nisso, porque quando estive em estágio de observação fazia-me muita impressão ver enfermeiros que não falavam com os doentes....” (2º ano, O4)

Neste extracto, o estudante demonstra claramente a preocupação com as técnicas e a forma como se concentrou nestas. Porém, para além disso, refere que o facto de ter feito um estágio de observação e visto que alguns enfermeiros não falavam com os doentes o despertou para esse aspecto. Este é mais um exemplo da forma como o contexto pode influenciar o processo e que leva a questionar: se este estudante não tivesse permanecido num serviço em observação e não se tivesse

apercebido do facto de alguns enfermeiros não falarem com os doentes, a sua atitude seria a mesma?

A constatação destes factos vem ao encontro do referido pelos estudantes do 4º ano, conforme já mencionado, e que tem a ver com considerarem que no 2º ano ainda estão muito concentrados em si próprios e no seu desempenho.

Por isso, pode-se dizer que no 2º ano, apesar de já possuírem alguns conhecimentos, demonstram ainda dificuldade de os mobilizar em determinados contextos.

De qualquer forma, se se comparar com os estudantes do 1º ano, verifica-se que os do 2º ano já se apercebem de situações relacionadas com a actuação de outros profissionais de saúde e não apenas com o comportamento dos assistentes operacionais - nomeadamente dos enfermeiros e dos médicos – e que o tipo de problemas identificados já abrange um âmbito mais alargado. De facto, os que estão no 2º ano, para além de identificarem situações relacionadas com a importância de respeitar a pessoa na sua dignidade, também já conseguem aperceber-se de outro tipo de problemas, como é o caso de questões relacionadas com a obrigatoriedade do sigilo profissional, com a preparação adequada da alta dos doentes, com a implementação de tratamentos fúteis ou desproporcionados (que causam sofrimento aos doentes) e com o direito à verdade e informação, entre outros. Saliente-se que está sempre presente uma relação directa entre o tipo de problemas identificados e os conhecimentos teóricos já adquiridos. Além disso, os estudantes continuam a demonstrar dificuldade em identificar problemas complexos e que não são muito evidentes.

No que diz respeito aos estudantes do 3º ano, verifica-se que já são capazes de identificar problemas éticos no decurso da prestação dos cuidados, ao longo do ensino clínico ou mesmo durante a visita/observação médica. Por exemplo, um deles refere:

“A senhora estava renitente ao banho, mas depois lá conseguimos convencer a senhora a dar o banho, começamos a despir a senhora... a certa altura a senhora disparatou completamente e já não queria tomar o banho... queria sair, queria abandonar o serviço... mas a senhora estava de tronco nu... e eu tive o cuidado de a tentar vestir” (3º ano, E18).

Este estudante intervém no sentido de que a intimidade da doente seja respeitada e, apesar de parecer que, de certa forma, não foi tida em conta a autonomia da senhora, ele apercebe-se do erro e acrescenta:

“... Se calhar a gente não teve em conta aquilo que a senhora realmente queria, a gente não perguntou se ela queria tomar um banho... se calhar ela sentiu-se obrigada e já não quis...e também não perguntámos se ela queria que fosse uma auxiliar feminina... as coisas tornam-se rotineiras... e se calhar ultrapassamos aquilo que se devia seguir” (3º ano, E18).

Outro apercebeu-se do problema durante o internamento de uma doente, tendo relatado:

“Depois... veio-se a descobrir que a senhora era vítima de maus tratos, ela não tinha sinais de maus tratos físicos, mas a nível psicológico e emocional notava-se que havia... e mesmo na relação com os familiares quando iam na hora da visita...a senhora ficou internada mesmo sem autorização, tanto dela que... e sem consentimento da família... foi como se ela tivesse ficado internada obrigada... e isso aí surgiu-me a dúvida se sem o consentimento tanto da família como do ... do utente que naquele caso não poderia dar autorização se aquilo seria uma coisa... de se fazer” (3º ano, E13).

Um exemplo de um estudante que identificou o problema durante a visita médica é bem evidente no que se passa a citar:

“Chegando ao gabinete médico, a senhora auxiliar despiu a criança e o médico começou imediatamente a avaliar a sua superfície corporal e os seus reflexos, sem sequer ter cumprimentado a mãe nem a mim. Estávamos de pé e havia um silêncio constrangedor na sala. O médico fez então o seu exame e no fim disse à puérpera que teria de encaminhar a menina para uma Consulta de Ortopedia devido a um possível Ortolani-Barlow positivo, começando depois a tomar as suas notas e baixando a cabeça, em sinal que o seu trabalho estava feito” (3º ano, R4).

Daqui se pode induzir que os estudantes do 3º ano, tal como referem muitos deles, já não estão tão centrados apenas no seu desempenho e conseguem aperceber-se do contexto circundante verificando-se, no entanto, que ainda identificam problemas apenas relacionados com os doentes ao seu cuidado. De facto, os que se encontram no 3º ano já têm normalmente uma maior experiência na realização de determinadas técnicas e procedimentos, o que lhes permite conseguirem efectua-las com atenção e cuidado e simultaneamente atentos ao que acontece ao seu redor.

No entanto, tal como os estudantes dos anos precedentes, identificam com mais facilidade os problemas mais comuns e evidentes, demonstrando alguma dificuldade em reconhecer os problemas mais raros e complexos e, apesar de conseguirem reflectir sobre eles já com alguma profundidade e até de saberem qual a decisão mais adequada, não conseguem agir por se sentirem pouco autónomos e com falta de poder devido ao seu estatuto de estudantes.

Além disso, continuam também a referir que, quando confrontados com situações novas e imprevistas, muitas vezes não sabem como agir.

Quanto aos estudantes do 4º ano, identificam com alguma facilidade um problema ético, não só relacionado com os doentes ao seu cuidado mas também com tudo o que se passa nos serviços. Apercebem-se dos problemas em qualquer situação, nomeadamente durante a preparação da alta dos doentes, em diálogo com eles, no decurso da prestação dos cuidados ou mesmo até pela frequência de situações idênticas, como é o caso do exemplo que se segue:

“A situação que aconteceu foi agora no último ensino clínico, portanto eu fiz um ensino clínico de cirurgia... e de facto, no final do ensino clínico começou-se a notar que havia muitos clientes que iam para ser operados e que não tinham o consentimento informado assinado” (4º ano, E2).

É de salientar que o tipo de problemas mencionados pelos estudantes denota já uma capacidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos nos períodos teóricos e a experiência acumulada nos contextos de ensinos clínicos já realizados anteriormente, uma vez que, não só conseguem identificar situações em que a dignidade e determinados direitos dos doentes não são devidamente respeitados, mas também são capazes de se aperceber de outras questões mais específicas, como por exemplo o direito dos doentes à verdade e informação, nomeadamente em situações peculiares, como é o caso de um relato, do qual se apresenta o seguinte extracto:

“A situação sobre a qual irei reflectir decorreu no âmbito do Ensino Clínico de Consolidação de Competências em Enfermagem, sendo que a mesma incide num cliente com um diagnóstico e prognóstico muito negativos, sendo os mesmos do conhecimento da equipa de saúde e familiares do cliente, mas não do próprio. A referida situação deveu-se ao facto de os familiares do cliente terem solicitado que não fosse dito nada ao cliente, pois, segundo os familiares, esta seria a melhor atitude a adoptar para o bem cliente. A referida situação suscitou de imediato na minha mente o conceito de privilégio terapêutico, que defende que em determinadas situações a omissão de informação será a atitude mais terapêutica a adoptar em prol do cliente” (4º ano, R3)

Como se pode verificar este estudante identifica um problema muito específico em que essencialmente os familiares do doente pedem para ele não ser informado sobre a sua situação de doença.

Aliás, a questão da falta de informação verdadeira aos doentes é claramente uma das mais frequentemente identificadas, o que ficou comprovado pela análise de toda a informação colhida.

Contudo, após a análise e interpretação dos dados das entrevistas e relatos, emergiu uma nova questão: será que os estudantes mantêm este padrão de identificação de problemas éticos quando estão efectivamente nos contextos da

prática? De facto, não se podia deixar de ter em conta que os dados obtidos resultavam de um contexto em que a situação já tinha acontecido, ou seja, eram narrados após a ocorrência dos ensinamentos clínicos. Além disso, foi-lhes pedido para falarem sobre uma situação problemática de que se recordassem, isto é, foi feita uma chamada de atenção para determinado tipo de situações.

Por isso, foi feita observação não participante, sendo um dos objectivos, como já referido, clarificar se os estudantes conseguem identificar problemas éticos presentes e não apenas os que já ocorreram em ensinamentos clínicos realizados anteriormente. Verificou-se que durante o tempo em que estão nos campos de estágio têm dificuldade em identificar a presença de um problema ético, sobretudo quando se trata de determinado tipo de questões éticas mais complexas para as quais não estão atentos. Isto é, eles conseguem identificar os problemas éticos que surgem mais frequentemente e sobre os quais reflectem mais, nomeadamente os relacionados com o respeito pela intimidade e privacidade dos doentes, com o direito à verdade e informação e com o direito ao consentimento livre e esclarecido. No entanto, têm maior dificuldade em identificar outros problemas mais raros, mais específicos, mais complexos ou para os quais não lhes foi chamada a atenção, como por exemplo os relacionados com o direito do doente à sua autonomia enquanto pessoa. A título de exemplo, refere-se um estudante do 4º ano que durante uma passagem de turno leu o registo que tinha efectuado e onde tinha escrito acerca de uma doente de 63 anos: “hoje esteve uma filha a aprender como se administra a insulina e amanhã virá a outra filha”. Após a passagem de turno, ao ser abordado e questionado sobre por que razão as filhas vinham – uma vez que a doente era uma pessoa ainda relativamente nova - não soube responder. Após conversa com o estudante concluiu-se que, apesar de ele conhecer o direito do doente à autonomia, no momento não colocou sequer em questão a sua liberdade de opção.

A partir de todos os resultados obtidos foi, então, feita a aplicação de vinhetas a 35 estudantes voluntários, sendo 12 do 1º ano, 9 do 2º ano, 8 do 3º ano e 6 do 4º ano. Concluiu-se que a maioria se apercebe da existência de um problema ético quando recorda uma situação já passada anteriormente ou quando esta lhe é apresentada, como foi o caso das “histórias” contidas nas vinhetas. No entanto, existem algumas diferenças, como houve oportunidade de comprovar com a aplicação das vinhetas, sobretudo na clareza com que conseguem identificar um problema. Apesar de existirem estudantes das várias fases de aprendizagem que identificam todos os

problemas apresentados, a forma como o fazem difere. Por exemplo, em relação à vinheta 1³⁵, um do 1º ano responde o seguinte:

“Considero que existe mais do que um problema ético nesta história, nomeadamente na questão da confidencialidade dos dados referentes ao utente que está ao cuidado da estudante Julieta e a pouca dignidade cedida ao utente a quem a estudante está a prestar cuidados, por parte da orientadora” (1º ano, V1)

Em relação à mesma questão colocada, um do 2º ano responde:

“Sim, a professora está a violar a privacidade do cliente. Ainda o mais se o mesmo se encontra desnudado, embora se tente o menos possível. E está a discutir assuntos pessoais de outrem em relação aos demais” (2º ano, V13)

Um estudante do 3º ano responde:

“Sim, a meu ver a professora não deveria ter questionado a Julieta acerca de um outro cliente, pois não era o momento oportuno. Deveria chamar a Julieta e esperar que esta acabasse de ajudar o colega e só depois então questionar” (3º ano, V24)

E um do 4º ano responde:

“Sim, julgo haver dois pontos que se destacam. Em primeiro lugar, deixar a cortina aberta durante o banho atenta contra o direito à privacidade da cliente, expondo-a desnecessariamente. Em segundo lugar, penso não ser correcto dar informações acerca de um doente à frente de outro cliente, pondo em questão o direito ao sigilo da informação” (4º ano, V35).

Como se pode ver, apesar de todos identificarem os dois problemas presentes, o estudante do 4º ano fá-lo com uma maior clareza de ideias.

Porém, nem todos os estudantes conseguiram identificar os dois problemas, notando-se que alguns apenas se apercebem da existência de um e sendo evidente que a maioria refere o problema do não respeito pela intimidade e privacidade do doente. De facto, dos quinze estudantes que só identificaram um problema, apenas cinco referem o relacionado com o dever de respeitar a confidencialidade.

É de salientar também que, em relação aos estudantes do 4º ano, a maioria identifica claramente todos os problemas apresentados, enquanto os dos restantes anos demonstram dificuldade em o fazer.

Em síntese, os estudantes tornam-se capazes de identificar um problema ético só no final do 1º ano e após a realização de um ensino clínico. Daqui se pode induzir que a capacidade de identificação de problemas éticos está muito relacionada com os

³⁵ Em que eram apresentados dois problemas em simultâneo relacionados com a falta de respeito pela intimidade e privacidade de um doente e com o não cumprimento do dever de sigilo profissional em relação a outro doente.

conhecimentos já adquiridos, com o contexto em que se movem e com a complexidade dos próprios problemas.

Os que se encontram no 1º ano identificam problemas relacionados com o respeito pela dignidade da pessoa e pela sua intimidade e privacidade e estão mais atentos aos comportamentos dos assistentes operacionais, uma vez que são estes que desempenham muitos dos cuidados prestados pelos estudantes nesta fase do curso. No entanto, quando o contexto muda verifica-se que há também uma alteração no tipo de problemas identificados, como é o exemplo do estudante de R5 a que já foi feita referência.

Os do 2º ano estão muito concentrados no seu desempenho e demonstram dificuldade em identificar problemas éticos durante a prestação directa dos cuidados conseguindo, no entanto, aperceber-se de algumas situações quando estão a observar os cuidados prestados por outros colegas, a elaborar os registos, durante as passagens de turnos e ainda durante algumas reuniões com o professor/orientador, sobretudo quando este refere e chama a atenção para determinadas questões.

Os do 3º ano conseguem identificar alguns problemas durante a prestação de cuidados, já que não estão apenas concentrados no seu desempenho, mas reconhecem geralmente as situações apenas relacionadas com os doentes ao seu cuidado.

Os do 4º ano demonstram alguma facilidade na identificação dos problemas.

Todavia, verifica-se que os estudantes dos vários anos identificam os problemas mais frequentes e os que são mais discutidos em grupo, como por exemplo os relacionados com o respeito pelos direitos dos doentes à intimidade, privacidade, verdade e informação. De uma forma geral, demonstram alguma dificuldade na identificação dos problemas menos evidentes, nomeadamente os relacionados com a autonomia dos doentes. Além disso, identificam problemas quando são, de alguma forma, alertados para a sua existência, como aconteceu nas entrevistas, relatos e vinhetas mas, quando se encontram nos contextos da prática demonstram alguma dificuldade na identificação imediata das situações, o que foi comprovado nas observações efectuadas.

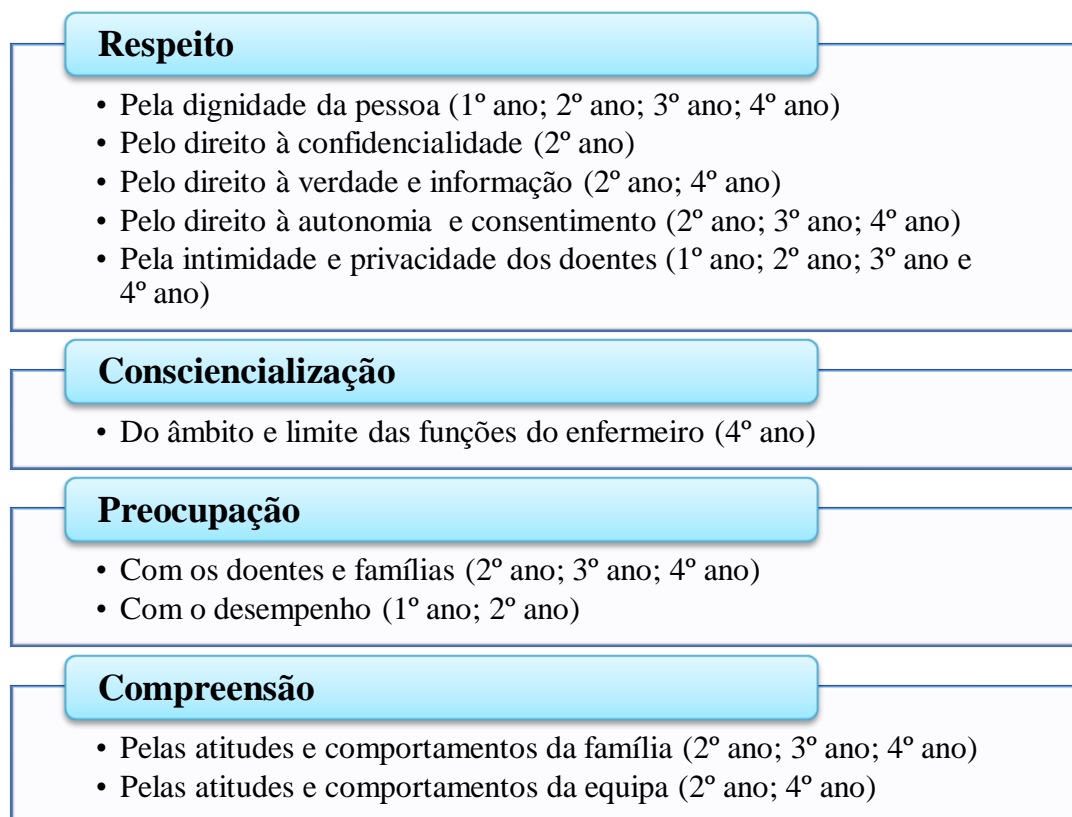
Existem, porém, algumas excepções ao padrão de desenvolvimento apresentado, ou seja, alguns “casos negativos” segundo referem J. Corbin e A. Strauss⁽⁸⁴⁾. Por exemplo, aquando da análise das vinhetas, verificou-se que alguns estudantes em fases mais avançadas do curso, mesmo sendo confrontados com a apresentação de uma situação, não conseguem identificar o problema ético. É o caso

de um do 3º ano que, relativamente à vinheta 1, ao responder à questão “Considera que há algum problema ético nesta história? Qual?”, refere: “Sim, a estudante está a prestar cuidados a um cliente não devendo ser perturbada a esta altura” (3º ano, V23). A título de exemplo, refere-se, ainda, um do 4º ano que à mesma questão responde “Sim, o desrespeito pela aluna e pelo utente a quem está a prestar cuidados de higiene e conforto” (4º ano, V30). Contudo, a interpretação deste tipo de respostas não pode ser linear, até porque estas excepções podem estar relacionadas com outras condições intervenientes, nomeadamente com o facto de os estudantes não identificarem os problemas por não os valorizarem como tal. Isto é, as situações acontecem, mas nem sempre são identificadas como problemas éticos por todas as pessoas e da mesma forma. Mais uma vez se torna evidente na prática a importância dos significados para as pessoas serem diferentes, conforme defendido pelos autores do interaccionismo simbólico.

3.2.2 Raciocínio dos estudantes perante problemas éticos identificados

Para analisar o tipo de raciocínio feito pelos estudantes perante problemas éticos identificados, importava compreender a sua atitude quando se confrontam com eles, uma vez que estas influenciam o nosso pensamento, o nosso raciocínio e a nossa acção. Como já foi dito, as atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas e podem manifestar-se de forma cognitiva (quando transmitimos pensamentos, crenças, opiniões ou ideias), de forma afectiva (quando manifestamos sentimentos e emoções) e de forma comportamental (quando tomamos decisões e agimos) ⁽⁸⁹⁾. Deste modo, a partir da análise e interpretação dos dados e da comparação entre eles, foi identificada a categoria “manifestações cognitivas” com quatro subcategorias: respeito, consciencialização, preocupação e compreensão. Para uma melhor visualização e clarificação, em termos de propriedades e dimensões, foi elaborado o diagrama que se segue:

Figura 12 – Manifestações cognitivas de atitudes dos estudantes perante problemas éticos identificados



Todos os estudantes participantes no estudo manifestaram uma atitude de respeito pela dignidade da pessoa.

No contexto dos cuidados de saúde, o respeito pela dignidade da pessoa significa basicamente cuidar os doentes como pessoas únicas e com direitos, respeitar a autonomia dos indivíduos e proteger aqueles que sofrem. Significa reconhecer que os doentes têm direitos humanos básicos, tais como o direito à informação e consentimento, o direito à privacidade e o direito à confidencialidade, entre outros ⁽¹⁾.

Alguns estudantes referem-se ao respeito pela dignidade da pessoa de forma bastante clara e evidente, como é o caso das citações que se seguem:

“É o respeito pelas outras pessoas, aquilo é uma pessoa que precisa delas... primeiro não têm nada que gozar com ninguém porque aquilo é um problema, aquilo era uma doença e não há que estar fazendo pouco das doenças dos outros, deviam ser compreensivas para começar e depois a senhora podia ter uma quebra de tensão com aquela queda para trás ou qualquer coisa assim e passar desta para melhor e elas não se estavam importando sequer” (1º ano, E10)

“Um dos aspectos também que me marcou bastante era a forma como falavam com as pessoas... e acho que uma pessoa que está ali internada, praticamente está ali há bastante tempo, acho que devem ser prestados todos os cuidados de forma personalizada, a pessoa deve ser o ponto principal” (1º ano, E14)

“Tudo bem que o médico a princípio estava tendo em conta que eram custos acrescidos e não sei quê mas ele não teve em conta a parte da pessoa...” (4º ano, E5)

Efectivamente, verificou-se ser uma constante a preocupação com a pessoa do doente e mesmo com os familiares em todos os participantes dos vários anos do curso, manifestada por frases tão claras como as transcritas acima. Além disso, embora por vezes não especifiquem os termos “respeito pela dignidade da pessoa”, os estudantes referem várias situações em que é evidente que o mesmo se encontra presente, nomeadamente quando se referem ao respeito pelos direitos dos doentes, como é o caso de um deles que, implicitamente, fala no respeito pela confidencialidade:

“Porque... para já por ser uma falta de respeito pelo doente imensa... eu achei que foi... para além disso estava-se a falar de uma situação de outro doente na frente de um outro... quer dizer foi uma situação bastante complicada... e pronto eu acho que... se fosse eu no lugar da enfermeira não tinha feito as coisas assim... teria antes dito que de facto precisava de conversar comigo... se ela tivesse esperado mais um quarto de hora, vinte minutos poderia me ter encontrado na sala de enfermagem numa outra circunstância para fazer as questões” (4º ano, E4)

No caso acima o estudante mostrou-se muito indignado pelo facto de a orientadora lhe ter estado a fazer perguntas sobre a situação do seu doente na frente de outro doente (o doente que estava ao cuidado do colega). Durante a entrevista, referiu ainda que ele e o colega nem tiveram oportunidade para informar o doente, o que demonstra que, por um lado, tem a noção do que deveria ter sido feito mas, por outro lado, fica imóvel perante a imprevisibilidade da situação e também pela relação de poder existente entre a orientadora e os estudantes.

Esta atitude de respeito pela dignidade da pessoa verificou-se nas observações efectuadas durante a prestação dos cuidados e nas reuniões como, por exemplo, o caso de um estudante do 3º ano que, após a professora numa reunião semanal lhe ter perguntado o que tinha a dizer sobre o seu ensino clínico comentou, entre outras coisas, o seguinte:

“A senhora fazia tudo muito depressa e era muito autónoma, como era uma mãe muito experiente, tentei dizer as coisas de maneira que não fosse ofensiva, a

senhora tinha vários filhos e até podia pensar... Eu tenho experiência e agora vem esta pequena para aqui ensinar” (3º ano, O5).

Um outro do 2º ano, ao referir-se aos cuidados prestados ao doente ao seu cuidado, afirmou que tinha perguntado se queria ir ao banho assistido e que o mesmo se tinha mostrado muito satisfeito por isso (2º ano, O4).

Houve também vários participantes que demonstraram uma atitude de respeito pelo direito dos doentes à informação verdadeira, como é o caso do exemplo abaixo:

“Ele queria ir para casa, não estava bem ali. Lembrei-me do que se tinha passado no dia anterior e perguntei-lhe se não estava a ser bem tratado quando ainda ontem tinha concordado que estava melhor no hospital. Foi então que confessou que ainda não sabia bem porque é que estava internado e já lhe tinham marcado, sem o seu conhecimento, um exame sobre o qual ele nada sabia. Esta situação fez-me lembrar o que tinha aprendido na Escola de Enfermagem sobre os utentes que eram erradamente rotulados de “agressivos” quando na realidade apenas estavam mal informados. (4º ano, R1)

Um outro estudante refere também o direito do doente à verdade e informação, demonstrando conhecer o conceito e o âmbito do privilégio terapêutico:

“A situação sobre a qual irei reflectir decorreu no âmbito do ensino clínico, sendo que a mesma incide num cliente com um diagnóstico e prognóstico muito negativos, sendo os mesmos do conhecimento da equipa de saúde e familiares do cliente, mas não do próprio. A referida situação deveu-se ao facto de os familiares do cliente terem solicitado que não fosse dito nada ao cliente, pois, segundo os familiares, esta seria a melhor atitude a adoptar para o bem cliente. A referida situação suscitou de imediato na minha mente o conceito de privilégio terapêutico, que defende que em determinadas situações a omissão de informação será a atitude mais terapêutica a adoptar em prol do cliente.” (4º ano, R3)

O mesmo estudante demonstra, ainda, saber qual deveria ter sido o comportamento mais correcto, conforme se pode perceber no extracto que se segue:

“Considero que a revelação da verdade ao cliente teria sido a opção mais adequada a adoptar, permitindo-lhe resolver determinados aspectos que estivessem pendentes, entre outras coisas que houvesse a fazer. Julgo que esta seria igualmente a melhor solução para os profissionais de saúde, pois estes não sentiriam que o estariam a enganar, sendo que considero que também poderia ser benéfica para os familiares.” (4º ano, R3)

Ao longo das observações efectuadas, também foi possível verificar esta atitude de respeito pelo direito do doente à verdade e informação, como por exemplo um estudante que ao ler o registo efectuado afirmou: “foram esclarecidas dúvidas sobre a cirurgia”. Após a reunião, foi-lhe feita uma entrevista informal e perguntado o que queria dizer com a frase já referida, tendo ele respondido que existe sempre a preocupação da sua parte de verificar se o consentimento informado está assinado e

de perguntar aos doentes se têm alguma dúvida cujo esclarecimento necessitem ou se estão preocupados com algum pormenor. Acrescentou que o seu comportamento está muito relacionado com o facto de ter feito anteriormente um ensino clínico de psiquiatria, o qual ajuda a ver o doente de outra forma, e que a professora que os acompanhou no ensino clínico do 1º ano também teve muita influência, uma vez que nas reuniões do final dos turnos reflectiam sobre o dia de trabalho e sobre questões referentes à forma como eram tratados os doentes. O estudante disse também que a sua preocupação com os doentes e com a sua autonomia também tinha muito a ver com a "sua maneira de ser". (2º ano, O3)

O respeito pela dignidade da pessoa e pelos seus direitos enquanto doente foi também bastante evidente quando os estudantes se referiram ao direito à autonomia e consentimento verificando-se, no entanto, que os do 1º ano não fizeram referência a este aspecto.

Como exemplo, passa a citar-se o referido por um estudante:

“...se calhar a gente não teve em conta aquilo que a senhora realmente queria, a gente não perguntou se ela queria tomar um banho... se calhar ela sentiu-se obrigada e já não quis... e também não perguntámos se ela queria que fosse uma assistente operacional feminina... as coisas tornam-se rotineiras... e se calhar ultrapassamos aquilo que se devia seguir” (3º ano, E18)

Um ponto também bastante evidente relaciona-se com o respeito pela intimidade e privacidade dos doentes, manifestado por estudantes dos vários anos do curso, nomeadamente pelos que se encontravam no 1º ano, conforme se pode ver a seguir:

“A situação foi logo no princípio quando entrei no serviço para conhecer o serviço em si, porque ia começar o ensino clínico... foi...os assistentes operacionais estarem a lavar as senhoras e os senhores desnudados completamente e sem qualquer resguardo, à vista de todos. Acho que é uma coisa... para quem entra no serviço pela primeira vez é um choque... talvez porque tivesse sido ensinada a usar o lençol para manter a privacidade da pessoa” (1º ano, E16)

No entanto, ao analisar o conceito do respeito pela privacidade, verificou-se existirem algumas variações na forma como os estudantes interiorizam e põem em prática aspectos relacionados com o mesmo. Isto é, enquanto para alguns o conceito de respeito pela privacidade se restringe aos momentos de prestação de cuidados de higiene e conforto ou a cuidados em que existe uma maior exposição corporal, para outros é um conceito mais abrangente, como é o caso de um deles que referiu ser

importante averiguar até que ponto o doente desejava ver a sua privacidade respeitada. Este facto foi confirmado durante alguns momentos de observação dos cuidados prestados por estudantes do 2º ano. Um deles teve o cuidado de correr as cortinas, enquanto o colega fazia a avaliação da tensão arterial do doente ao seu cuidado. Após observado o seu comportamento, foi-lhe feita uma entrevista informal no sentido de aprofundar as razões que o levavam a agir daquela forma. Ele respondeu que tem sempre o cuidado de respeitar as pessoas na sua privacidade, atribuindo-o em parte a características da sua personalidade e acrescentando que a “noção de privacidade” pode ser diferente de pessoa para pessoa. Perante esta evidência, observou-se o desempenho de outros estudantes nos campos de estágio e também se presenciou várias reuniões entre eles e o professor/orientador. Verificou-se que um outro estudante mencionou o facto de o doente ao seu cuidado gostar de ter as cortinas sempre corridas e comentou que poderia ser uma forma de respeitar a sua privacidade, inclusivamente quando dormia, uma vez que era habitual “ressonar”. Após terminada a reunião, foi-lhe feita também uma entrevista informal, tendo ele referido que teoricamente todos conseguem dizer em que consiste o respeito pela privacidade, mas na prática agem de formas diferentes. Tal como o estudante que teve o cuidado de correr as cortinas da unidade, este último também atribuiu a sua forma de agir a características da sua personalidade, tendo acrescentado que as experiências práticas o têm ajudado a aumentar o respeito pela privacidade do outro. Salienta-se que este foi um dos estudantes ao qual já tinha sido efectuada uma entrevista formal no 1º ano e que, na altura relatou uma situação relacionada com a falta de respeito pela privacidade dos doentes, por parte dos assistentes operacionais. Ao questioná-lo no sentido de tentar perceber de que forma aqueles incidentes o influenciaram, referiu que o levaram a reflectir mais sobre este tipo de situações. Para confirmar este facto, sempre que os estudantes se comportavam no sentido de respeitarem a privacidade dos doentes (por exemplo, correndo as cortinas da unidade para fazer colheitas de sangue) ou faziam referência a esse aspecto durante as reuniões com o professor/orientador, era feita uma entrevista informal depois das mesmas, no sentido de consolidar a ideia que já tinha sido transmitida por outros colegas.

Por exemplo, após uma das reuniões em que um dos estudantes referiu ter respeitado a privacidade da doente, foi-lhe perguntado o que queria dizer com “respeitar a privacidade”. Ele respondeu que tem sempre o cuidado de correr as

cortinas porque “é normal que os clientes não queiram que toda a gente veja” e acrescentou:

“Respeitar a privacidade do doente é respeitar as coisas dele, o espaço dele quando se está a fazer um penso, colheitas, administração de insulina e até mesmo perceber quando um doente não quer falar sobre algum assunto. Por exemplo, cada doente tem a sua mesa-de-cabeceira e devemos pedir licença para abrir as gavetas e também para retirar alguma coisa dos sacos que a família traz” (2º ano, O4)

Perguntou-se, ainda, a este estudante se a forma como respeitava a privacidade dos doentes poderia estar relacionada com a sua personalidade, tendo ele respondido: “Claro que está, depende da forma como cada um encara o conceito de privacidade”.

Outro, também no decurso de uma entrevista informal após uma das reuniões, referiu:

“Acho que não respeitamos todos a privacidade da mesma maneira, que algumas pessoas têm certos cuidados que outras não têm. Por vezes, insistem com perguntas e não percebem que o doente não se sente à vontade para falar sobre o assunto” (2º ano, O4)

No que se refere a uma atitude de consciencialização do âmbito e limite das funções do enfermeiro, foi possível verificar que é muito mais evidente nos do 4º ano:

“E o que mais me mete impressão é que nós não podemos fazer nada em relação a isso porque nós não podemos explicar à pessoa o que ela vai fazer, por exemplo, porque isso é da parte da competência médica... a única coisa que podemos fazer é perguntar à pessoa se ela sabe ou não sabe e, às vezes, a pessoa pode não estar bem esclarecida” (4º ano, E2)

Constatou-se também que existe da parte dos estudantes uma atitude de preocupação, e até de uma certa compreensão, para com as famílias dos doentes, entendendo-se a compreensão como perceber as motivações dos outros no sentido de entender como agem e em que princípios se baseiam para agir de determinada forma⁽⁹⁰⁾.

Efectivamente, é evidente a preocupação relacionada com os sentimentos da família mas também uma certa compreensão relativamente aos comportamentos que, por vezes, adoptam.

Como exemplo da tentativa de compreender a família, passa a citar-se o que foi dito por um dos estudantes:

“No entanto não ousou julgar aqueles familiares, cuja intenção seria a de minimizar o sofrimento do cliente e tenho a noção de que aquilo que será o mais correcto para mim não o será para outra pessoa.” (4º ano, R3)

Esta atitude de compreensão é, algumas vezes, extensiva à forma como se comportam alguns elementos da equipa de saúde:

“Se calhar a experiência da equipa era que se calhar já havia muitos casos daqueles e mesmo experiência enquanto...ou mesmo conhecimentos que aquilo seria uma situação que à partida não iria, portanto, regredir... eu acho que era mais nesse sentido, era também fazer-me ver que havia limites... não era assim... também porque era uma questão de prioridades, eu sei que num turno tenho que estabelecer os cuidados, se calhar havia cuidados que perante aqueles doentes todos que eu podia ter... que são mais prioritários...” (4º ano, E17).

É de salientar que, relativamente às atitudes dos estudantes, é evidente uma grande preocupação com o desempenho naqueles que se encontram a frequentar o 1º e 2º ano, conforme se pode ver na seguinte citação:

“Estamos mais concentrados no que fizemos bem ou não... naquele momento o mais importante é a nossa evolução, o nosso desempenho... porque a própria orientadora perguntava-nos... cingíamo-nos ao nosso papel... estamos ali a fazer um estágio... É aquela preocupação com o estágio e descuramos um bocadinho esses aspectos, preocupamo-nos mais com o nosso desempenho do que com o que se passa no serviço.” (1º ano, E16)

Relativamente aos que estão no 3º e 4º ano, verifica-se que, apesar de também se preocuparem com o seu desempenho e com o estabelecimento de prioridades, começam já, de algum modo, a conseguir conciliar a realização dos procedimentos técnicos com a humanidade.

Como já foi referido, as atitudes manifestam-se de forma cognitiva, motivo pelo qual se salientou alguns dos pensamentos, opiniões e ideias transmitidos pelos estudantes perante as situações. Porém, as atitudes também se podem tornar evidentes através de uma forma afectiva, como também já foi dito. De facto, a maioria não ficou indiferente aos problemas identificados, o que é lógico tendo em conta que antes do mais são pessoas. Não se pode esquecer que os estudantes, como pessoas, não são apenas seres biológicos, mas seres únicos que pensam, sentem, se relacionam com o mundo e com os outros e já pertence ao passado a visão mecanicista do enfermeiro e do estudante de enfermagem, em que os afectos e as emoções deveriam ser reprimidos na relação com o doente. De facto, não é possível separar na pessoa a razão das emoções e dos sentimentos, chegando mesmo alguns autores a defender que as emoções são a razão de ser dos nossos actos e que a cadeia

complexa de qualquer acontecimento começa com a emoção, até porque a vida não é uma escala em que as emoções estão num extremo e o pensamento no outro ^{(2) (91) (92) (93)}.

Na realidade, por se verificarem referências frequentes, claras e explícitas, de sentimentos e emoções nas entrevistas e relatos, emergiu uma categoria que foi denominada de “manifestações afectivas”, uma vez que, sempre que se dialogava com os estudantes, um dos primeiros aspectos a que se referiam era o impacto da situação, manifestado sob a forma dos mais diversos sentimentos e emoções. Tendo em conta o referido pelos autores mencionados acima e a realidade descrita, tornou-se pertinente incluir esta categoria como parte integrante do raciocínio feito pelos estudantes, até porque os sentimentos e emoções constituem manifestações afectivas das atitudes³⁶. Como defendem J. Corbin e A. Strauss, situações muito significativas mencionadas numa entrevista podem provocar um turbilhão de emoções que fazem parte de um contexto e nunca devem ser desvalorizadas, acrescentando, ainda, que as emoções e sentimentos são um sinal para o investigador ver o significado dos acontecimentos para a pessoa ⁽⁸⁴⁾.

Para compreender mais profundamente as propriedades e dimensões desta categoria identificada, verificar semelhanças e diferenças entre as subcategorias, relações entre as mesmas e até lacunas a preencher, elaborou-se o diagrama que se segue:

³⁶ Para A. Damásio, as emoções e os sentimentos são dois fenómenos distintos, em que as primeiras são acções ou movimentos que ocorrem no rosto, na voz ou em comportamentos específicos e os segundos são invisíveis e mais relacionados com a experiência mental privada. Este autor considera que a emoção precede o sentimento e que, apesar de esta distinção ser importante, os dois aspectos estão interligados ^{(92) (132)}.

Figura 13 – Manifestações afectivas de atitudes dos estudantes perante problemas éticos identificados

| | | |
|---|-------------------------|---|
| Manifestações afectivas (sentimentos e emoções) | Compaixão | Perante a preocupação da família (4º ano, 3º ano, 2º ano) Perante o sofrimento dos doentes (4º ano; 2º ano; 1º ano) Perante a comunicação não verbal dos doentes (2º ano) |
| | Impotência | Perante a realidade (1º ano) |
| | | Perante o inesperado (4º ano; 2º ano) |
| | | Perante o comportamento dos médicos (4º ano; 3º ano) |
| | Desilusão | Por falta de poder (4º ano; 3º ano; 2º ano) |
| | | Com a resposta da orientadora (4º ano) |
| | Revolta | Perante o comportamento dos assistentes operacionais (1º ano) |
| | | Perante o comportamento dos médicos (2º ano) |
| | | Pelo desconhecimento do doente da sua situação (4º ano) |
| | Confusão | Prática diferente da teoria (4º ano) |
| | Medo | Contacto com situações novas (4º ano; 2º ano) |
| | Desconforto | Com o comportamento dos auxiliares (1º ano) |
| | | Com a forma como a equipa pensa (4º ano) |
| | | Com a atitude do médico (3º ano) |
| | | Com a falta de respeito pela privacidade (2º ano) |
| | Ferido na sua dignidade | Sente-se agredido (3º ano) |
| | Alívio | Pelo doente ter sabido a verdade (4º ano) |
| | | Por o doente ter procurado apoio na família (4º ano) |

Vários estudantes manifestam compaixão, entendida como a consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros e a manifestação de interesse activo perante os mesmos, como uma relação de solidariedade, participação na dor e sofrimento do outro; partilha das tristezas, do medo, da confusão e da angústia ^{(2) (35) (48)}. Como foi possível verificar, este sentimento está presente em muitos estudantes, por exemplo no que se refere aos sentimentos expressos perante a preocupação das famílias, perante o sofrimento dos doentes ou mesmo perante a sua comunicação não verbal.

Como exemplo, refere-se um estudante que manifesta compaixão perante a preocupação e o sofrimento de uma mãe:

“Chegando ao quarto, a senhora começou a chorar, desesperada por não saber se o que a menina tinha era grave e culpando a sua idade como a causa do

problema da menina. A cliente estava muito revoltada com a atitude do médico e ficou muito ansiosa.” (3º ano, R4)

Vários estudantes referem sentir impotência – entendida como a incapacidade ou impossibilidade de dar respostas adequadas ou de agir – perante a realidade, perante o inesperado, perante o comportamento dos médicos ou relacionada com a sua falta de poder.

No caso referido abaixo, nota-se que o estudante se sentiu impotente perante a situação:

“A situação basicamente foi essa e de facto, como aquilo foi acontecendo várias vezes... acaba quase por ser uma coisa normal e o que mais me mete impressão é que nós não podemos fazer nada em relação a isso porque nós não podemos explicar à pessoa o que ela vai fazer, por exemplo, porque isso é da parte da competência médica... a única coisa que podemos fazer é perguntar à pessoa se ela sabe ou não sabe e, às vezes, a pessoa pode não estar bem esclarecida” (4º ano, E2)

Outros estudantes afirmaram que se sentiram desiludidos com as respostas obtidas dos orientadores clínicos e alguns chegaram mesmo a manifestar sentimentos de revolta e indignação pelo comportamento dos assistentes operacionais, perante alguns comportamentos por parte dos médicos ou pelo facto de os doentes desconhecerem a verdade sobre a sua situação clínica. Segue-se o exemplo de um estudante que referiu ter-se sentido revoltado, logo após se aperceber da situação, pelo facto de o doente não saber a verdade:

“O meu primeiro instinto foi ficar revoltado com a situação, apetecia-me sentar-me com o senhor e assegurar que ele compreendia a gravidade da situação. Mas, apercebi-me que eu não era a pessoa mais indicada para fazer isso” (4º ano, R2)

Outro tipo de sentimentos e emoções a que os estudantes fizeram referência foi confusão – no sentido de alguma incerteza, dúvida ou perplexidade – relacionada com o facto de se depararem com situações reais durante os ensinamentos clínicos em que os comportamentos dos profissionais (enfermeiros, orientadores, professores, médicos) nada tiveram a ver com o que tinham aprendido teoricamente, como referiu muito claramente um deles:

“Tal situação incomodou-me, pois na minha formação académica desde cedo foi explorado o conceito do direito à informação por parte dos clientes, cabendo aos enfermeiros transmitir toda a informação pertinente ao cliente e de forma adequada às necessidades do mesmo. Para além disso o referido conceito encontra-se presente em diversos documentos relacionados com a enfermagem tais como o REPE, Código Deontológico dos Enfermeiros, Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e nas Competências do Enfermeiro de cuidados gerais da

Ordem dos Enfermeiros, pelo que a referida situação me suscitou sentimentos de confusão e dúvida, pois ia contra os princípios que eu havia previamente assimilado.” (4º ano, R3)

Há também vários que manifestaram receio, medo ou ansiedade perante situações novas e inesperadas e outros que referiram sentir algum desconforto: com o comportamento dos assistentes operacionais, com a forma como a equipa pensava (por exemplo relativamente aos cuidados a prestar aos doentes em fim de vida), com a atitude dos médicos e com a falta de respeito pela privacidade dos doentes.

“Eu nunca tinha tido contacto com doentes em estado de coma...e lembro-me que o primeiro turno que eu fiz foi uma noite e encontrei-o lá, portanto o meu primeiro turno que eu o ia encontrar foi uma noite e lembro-me da sensação tão estranha, do receio que eu tive de entrar naquele quarto...” (4º ano, E17)

Um dos estudantes referiu ter-se sentido ferido na sua dignidade e ainda dois manifestaram uma sensação de alívio e de paz: um deles pelo facto de os doentes terem tomado conhecimento da sua situação clínica e procurado apoio nos familiares e outro por ter conseguido tomar a iniciativa de se aproximar pela primeira vez de um doente em fase terminal da vida, após um período de medo do desconhecido e de indecisão sobre qual deveria ser o seu comportamento.

Tendo em conta que o principal objectivo deste estudo era explicar o desenvolvimento da competência ética nos estudantes ao longo do curso de licenciatura, tentou compreender-se as semelhanças e diferenças, estabelecendo algumas comparações entre os sentimentos manifestados por eles durante os quatro anos do curso.

Foi possível constatar que, tal como na identificação de problemas éticos, os estudantes do 1º ano estão atentos apenas ao comportamento e actuação dos assistentes operacionais, manifestando sentimentos como desconforto, revolta e choque. Um deles manifestou mesmo sentir-se impotente perante a realidade, como se pode comprovar no excerto de uma das entrevistas em que refere:

“Depois o ensino clínico acabava em poucos dias e a gente não podia fazer mais. Nós damos mais carinho aos nossos clientes, uma vida mais alegre e quando acaba o ensino clínico fica a sensação...está feito até ali... mas quem continua... quando a gente chega a vida deles dá uma volta de trezentos e sessenta graus. E depois quando acaba o ensino clínico... acaba tudo...eu não ia poder mudar o comportamento depois que eu saísse dali” (1º ano, E15)

Porém, enquanto o sentimento deste estudante se refere ao facto de não poder interferir no funcionamento e nas rotinas de um serviço, os do 2º, 3º e 4º ano

atribuem o seu sentimento de impotência à falta de poder, ao aparecimento de situações inesperadas ou ao facto de não poderem ultrapassar as suas funções. São disso exemplos, a situação em que um referiu que “Apesar de a gente... pensar que podemos ouvir uma conversa dessas a gente nunca está à espera e às vezes não sabe como há-de reagir” (4º ano, E3) e de outro estudante que afirmou:

“No entanto, houve uma situação que me marcou especialmente devido à impotência que me fez sentir. Foi uma situação que aconteceu no início do ensino clínico. (...) Questionei as enfermeiras do serviço... se alguém já tinha informado o doente da sua situação actual, e ninguém me soube dar a certeza se esta informação tinha sido ou não transmitida ao cliente” (4º ano, R2).

Verifica-se que os do 2º, 3º e 4º ano referem todos receio, medo e/ou ansiedade quando confrontados com situações novas e imprevisíveis. No entanto, apesar de ser este o padrão habitual, verificou-se que um dos estudantes, ao qual foi colocada a questão no sentido de procurar saber se tinha este tipo de sentimento, referiu ter capacidade de resposta perante aquele tipo de situações, atribuindo-o ao facto de já ter passado por várias experiências e situações geradoras de stresse ao longo da sua actividade como assistente operacional, o que levou a concluir que as experiências práticas e o contacto com situações reais são factores que contribuem para a diminuição do receio, medo e/ou ansiedade. Além disso, salienta-se que esta é uma das estratégias analíticas sugerida por J. Corbin e A. Strauss, denominada por eles de “olhar para o caso negativo” e que foi colocada em prática ao longo do estudo. Segundo os referidos autores, o caso negativo é o que não segue o padrão, é a excepção à acção/interacção/resposta emocional dos que já foram estudados. O investigador pode não encontrar um caso negativo, mas é útil procurá-lo porque permite uma explicação alternativa, uma exploração mais profunda das dimensões de um conceito, enriquece a explicação e mostra que há sempre excepções⁽⁸⁴⁾.

Outro sentimento muito manifestado é o desconforto. No entanto, em relação a este sentimento também se verificam algumas diferenças entre os estudantes dos vários anos. Por exemplo, os do 2º ano referem sentir-se desconfortáveis, incomodados e até desagradados quando não vêem respeitados os direitos dos doentes, como por exemplo o direito ao respeito pela dignidade da pessoa, à privacidade, à verdade e informação e a cuidados adequados.

No que diz respeito aos do 3º e 4º ano, verifica-se que também manifestam um certo desconforto quando não são respeitados os direitos dos doentes, como no exemplo que se segue:

“Tal situação incomodou-me, pois na minha formação académica desde cedo foi explorado o conceito do direito à informação por parte dos clientes, cabendo aos enfermeiros transmitirem toda a informação pertinente ao cliente e de forma adequada às necessidades do mesmo” (4º ano, R3)

Verifica-se, ainda, que os estudantes do 4º ano se sentem desconfortáveis com outros aspectos, nomeadamente aqueles que estão relacionados com mentalidades e formas de pensamento e actuação dos vários profissionais da equipa, como por exemplo um que referiu sentir-se bastante incomodado pelo facto de a equipa considerar que um doente em fase terminal da vida não precisa de fisioterapia nem de cuidados no sentido de evitar úlceras de decúbito, independentemente da sua idade. Lamentou o facto, acrescentando que tinha questionado vários elementos da equipa de enfermagem e também da equipa médica e que as respostas eram sempre no sentido de não valer a pena prestar aquele tipo de cuidados, uma vez que o doente ia morrer.

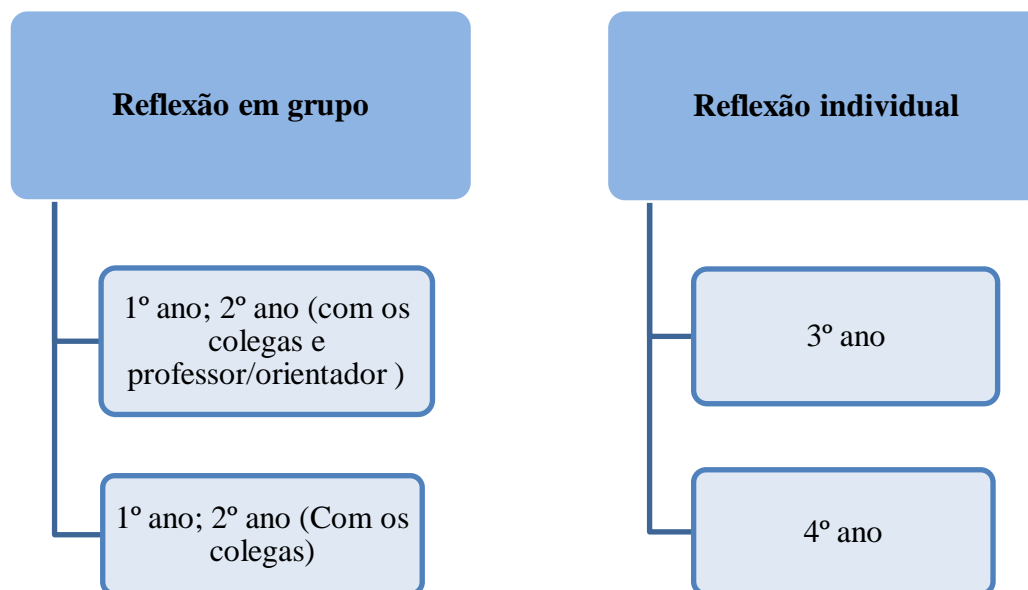
3.2.3 Relação entre a reflexão e tomada de decisão dos estudantes e a fase de aprendizagem em que se encontram

O terceiro objectivo do estudo era relacionar a forma como os estudantes reflectem e tomam decisões perante problemas éticos com a fase de aprendizagem em que se encontram. Neste sentido, pretendia-se aprofundar não só o modo como reflectem e sobre que temáticas o fazem mais frequentemente, mas também se são capazes de tomar decisões e como o fazem. Do estudo emergiram duas categorias: “modos de reflexão” e “conteúdos de reflexão”, com várias subcategorias que são explicitadas seguidamente, bem como as suas propriedades e dimensões.

Neste sentido, elaborou-se um diagrama onde se faz a relação entre o modo como os estudantes reflectem e a fase de aprendizagem em que se encontram.

Os estudantes reflectem sobre as situações em conjunto com os colegas e professor/orientador, apenas com os colegas ou mesmo individualmente.

Figura 14 – Relação entre o modo como os estudantes reflectem e a fase de aprendizagem em que se encontram



Da análise e interpretação dos dados, verificou-se que reflectem com os colegas e o professor/orientador geralmente durante reuniões que acontecem todos os dias ao longo do ensino clínico e no final dos turnos, conforme se pode ver no extracto de uma entrevista:

“No fim de cada dia de estágio, havia os momentos de reflexão do dia, em que nos reuníamos com o professor e cada aluno dizia os aspectos positivos e os negativos do dia... em que os aspectos negativos que foram mais focados era a relação de proximidade que não existia entre os doentes, auxiliares e enfermeiros.” (1º ano, E14).

Por vezes, reflectem apenas com os colegas, o que está relacionado com diversos factores, nomeadamente: falta de tempo para discutir este tipo de situações durante o horário em que decorrem os ensinamentos clínicos; preocupação com o cumprimento das rotinas em tempo útil; preocupação com a realização correcta de algumas técnicas e procedimentos; pouca disponibilidade de tempo do professor/orientador, por ter de dar prioridade ao cumprimento do assumido em relação às rotinas dos serviços; pouca valorização por parte do professor/orientador das questões éticas, entre outros. Como exemplo disso, cita-se o relatado por um estudante:

“Estamos mais concentrados no que fizemos bem ou não... naquele momento o mais importante é a nossa evolução, o nosso desempenho... porque a própria orientadora perguntava-nos... cingimo-nos ao nosso papel... estamos ali a fazer um estágio... Quando estávamos fora do estágio é que falávamos nesses

assuntos... será que eu devo fazer aquilo ou será que devo fazer como aprendi? É aquela preocupação com o estágio e descuramos um bocadinho esses aspectos, preocupamo-nos mais com o nosso desempenho do que com o que se passa no serviço. A professora concordou com a gente... mas que acontecia assim daquela maneira.” (1º ano, E16)

Ao comparar as duas situações transcritas acima, é evidente que a influência do professor é marcante, uma vez que, como se pode verificar, no primeiro caso os estudantes reuniram com o professor e reflectiram, enquanto no segundo exemplo o professor fez perguntas sobre o desempenho e limitou-se a concordar com eles sem proporcionar uma reflexão sobre o assunto o qual, nesta situação concreta, se relacionava com o não respeitar a intimidade dos doentes. O professor adoptou uma postura passiva e os estudantes seguiram a mesma linha de actuação. O estudante comentou que quando estavam fora do serviço é que falavam sobre as situações³⁷.

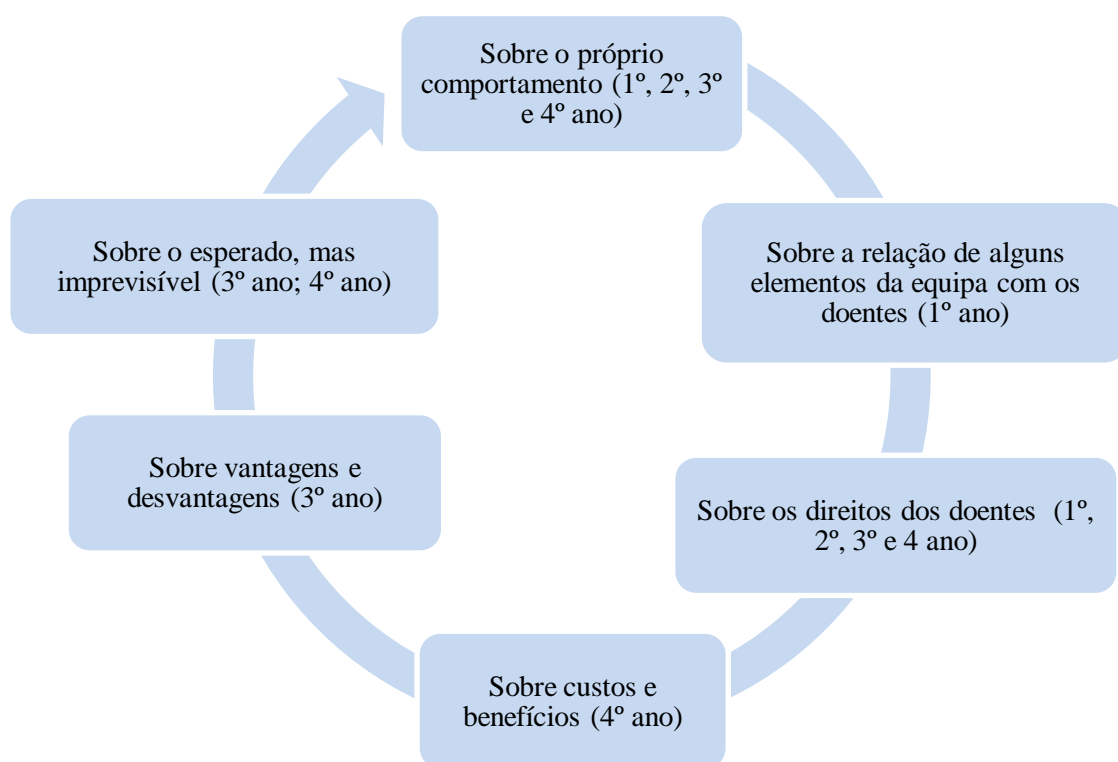
Verificou-se que existem algumas diferenças entre os estudantes dos vários anos do curso, notando-se que os do 3º e 4º anos reflectem muito sobre as situações individualmente, enquanto os do 1º e 2º anos o fazem mais em conjunto com o professor e/ou com os colegas. Esta constatação conduziu à necessidade de procurar conhecer as razões reais que os levam a adoptar este tipo de comportamento, uma vez que o mesmo aparenta não depender apenas do contexto. Efectivamente, não existe uma coincidência directa entre o facto de reflectirem em grupo, quando fazem os mesmos turnos e quando estão constantemente acompanhados pelo professor/orientador, e reflectirem isoladamente, apenas quando fazem turnos diferentes e sem a orientação directa do professor. Neste sentido, os participantes que já tinham colaborado no estudo foram novamente contactados e questionados sobre outras razões que poderiam estar na base de reflectirem sozinhos ou com os colegas, professor ou orientador, para além do facto de fazerem turnos diferentes. Das conversas informais mantidas com estes participantes, e também a partir das reuniões com o grupo de acompanhamento a que já foi feita referência, compreendeu-se que os estudantes no 3º e 4º anos se sentem mais seguros pelo facto de terem conhecimentos e experiências anteriores que os ajudam na reflexão (ganham confiança, maturidade e capacidade de reflexão), enquanto no 1º e 2º anos se sentem

³⁷ Como os estudantes referiram que, por vezes, falavam sobre as situações quando estavam fora do serviço, considerou-se importante questioná-los sobre o respeito pela confidencialidade dos doentes e o dever do sigilo. Segundo os próprios, tinham o cuidado de falar apenas com os colegas. Porém, esta é uma questão para a qual os estudantes do 1º ano não estão ainda suficientemente atentos, sobretudo no início do curso.

menos seguros por terem menos conhecimentos e experiência e têm necessidade de partilhar e sentir o apoio de alguém que os ajude a reflectir. Nota-se que os do 1º ano e do 2º ano referem com frequência que reflectem em conjunto com os colegas, afirmando mesmo que quando se reúnem com o professor/orientador as preocupações principais se relacionam com as rotinas e com o desempenho relativamente aos cuidados que prestaram ao longo do turno.

Embora não constituísse um objectivo previsto inicialmente, deste estudo emergiu a categoria “conteúdos de reflexão”. Neste sentido, optou-se pela elaboração de um diagrama relativamente às temáticas ou às questões que preocupam os estudantes e sobre as quais eles mais reflectem, de modo a verificar se existem diferenças significativas nas várias fases de aprendizagem.

Figura 15 – Diagrama relativo aos conteúdos mais frequentemente reflectidos pelos estudantes



As reflexões incidem sobre aspectos diversos, notando-se que o fazem sobre o seu próprio comportamento nas várias fases de aprendizagem. Reflectem também sobre a relação estabelecida por alguns elementos da equipa de saúde com os doentes e pensam muito sobre questões relacionadas com vários direitos dos doentes,

nomeadamente os que estão mais directamente relacionados com as situações com que se deparam mais frequentemente e que são mais evidentes para eles.

Os estudantes do 1º ano reflectem muito sobre questões relacionadas com a relação existente entre profissionais de saúde e doentes/famílias, o que está relacionado com o contexto de interacção que caracteriza o serviço onde habitualmente realizam o ensino clínico.

Em relação às reflexões efectuadas relativamente aos direitos dos doentes, é de salientar que os do 1º ano pensam mais nas questões relacionadas com o respeito pelo direito dos doentes à privacidade, enquanto os do 2º já reflectem também sobre o respeito pelo direito à informação verdadeira e ao consentimento. Os estudantes do 3º e 4º ano, para além de reflectirem sobre os direitos atrás referidos, também já demonstram preocupação com o respeito pelo direito à autonomia. Um facto a salientar é que eles também reflectem sobre o direito dos doentes à qualidade de vida, o que é mais evidente nos do 4º ano.

Verifica-se que os estudantes do 3º e 4º ano reflectem de uma forma mais profunda e pormenorizada sobre cada situação problemática, pensam nas alternativas possíveis e colocam também questões relacionadas com vantagens e desvantagens de determinado tipo de actuação e com a relação entre custos e benefícios.

Um aspecto a salientar prende-se com o facto de reflectirem muito sobre o esperado mas imprevisível, ou seja, sobre o facto de saberem como agir teoricamente mas, quando confrontados com as situações na prática não saberem o que fazer. Por exemplo, um dos estudantes afirmou o seguinte:

“... sou aluno de enfermagem e cada vez mais é cultivado isso durante o curso... mas realmente nunca me tinha sentido tão agredido, nunca ninguém me tinha cuspidado na cara, nunca senti tanto... tenho o conhecimento de como é que devemos agir nessas situações mas... senti-me tão ferido na minha pessoa...”
(3º ano, E18)

Neste caso, o estudante reconheceu que após ter reflectido sobre a situação considerou que não agiu correctamente, acrescentando que foi para ele uma situação inesperada. Ele não agiu da forma mais adequada por se ver perante o imprevisível, o que também foi referido por vários colegas, nomeadamente por um outro que disse ter ficado sem saber como reagir perante um doente que lhe falou na sua situação de doença: “fez-me reflectir e pus-me no lugar dele. Apesar de a gente... pensar que podemos ouvir uma conversa dessas a gente nunca está à espera e às vezes não sabe como há-de reagir” (4º ano, E3)

É evidente que o processo de tomada de decisão está directamente relacionado com a identificação do problema e com a forma mais ou menos aprofundada como reflectem sobre o mesmo. Como já foi dito anteriormente, existem diferenças entre o modo como identificam os problemas e também como reflectem sobre eles. Enquanto alguns conseguem reconhecer claramente a existência de um problema ético, outros demonstram dificuldade na sua identificação e, sobretudo, dúvidas relacionadas com a acção mais adequada.

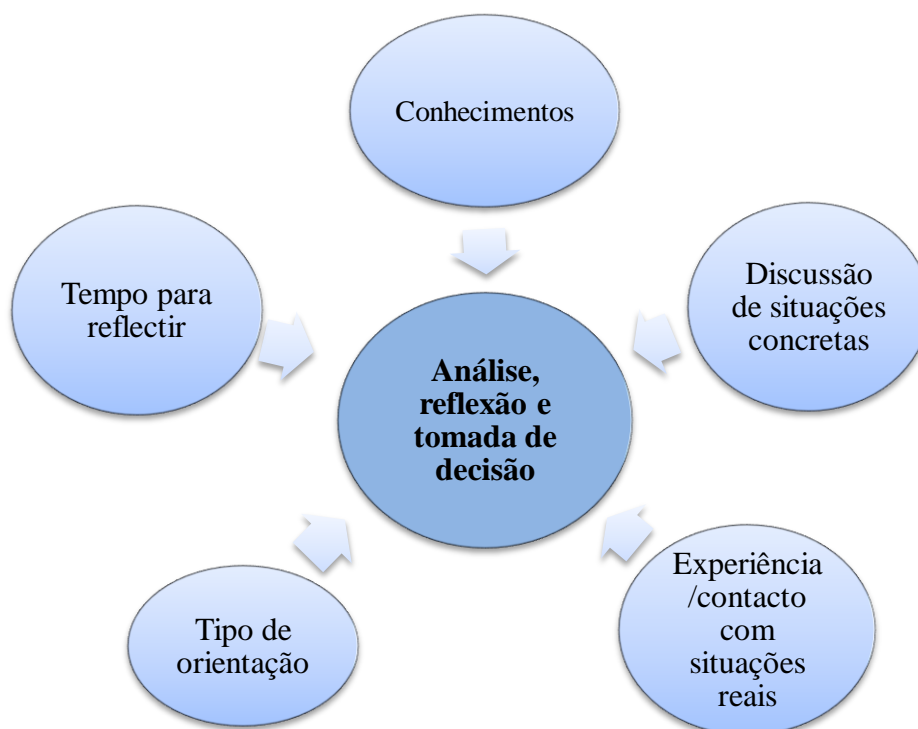
Independentemente de agirem ou não, existem estudantes que sabem claramente quais as decisões mais correctas, enquanto outros desconhecem mesmo como deveriam agir perante determinadas situações.

Do estudo realizado, verifica-se que a decisão depende muito da clareza com que os estudantes identificam um problema e da reflexão mais ou menos aprofundada que fazem sobre a situação o que, por sua vez, está muito relacionado com uma série de factores intervenientes que podem facilitar ou, pelo contrário, dificultar todo este processo.

3.2.4 Factores que influenciam a análise, reflexão e tomada de decisão

Em relação ao objectivo “identificar factores facilitadores ou inibidores da análise, reflexão e tomada de decisão por parte dos estudantes”, procedeu-se de forma idêntica aos anteriores, ou seja, elaborou-se um diagrama, o qual permitiu uma visualização mais clara no sentido de se começar a analisar quais os factores que podem influenciar a análise, reflexão e tomada de decisão. A partir do esquema que se segue, verifica-se que está presente uma categoria que se intitulou de “factores influentes” e cinco subcategorias.

Figura 16 – Diagrama relativo aos factores que influenciam a análise, reflexão e tomada de decisão por parte dos estudantes



Globalmente, verificou-se que existem cinco factores (subcategorias) que influenciam a análise, reflexão e tomada de decisão, cuja existência facilita o processo, enquanto a ausência de um ou mais o dificulta: conhecimentos, discussão de situações concretas, experiência/contacto com situações reais nos ensinos clínicos, tipo de orientação e tempo para reflectir.

Sempre que se proporcionou e nos momentos considerados adequados ao longo de cada entrevista, questionou-se os estudantes no sentido de se procurar compreender o que influencia a sua reflexão. Assim, quando eles referiam, por exemplo, que tinham pensado sobre o problema, perguntava-se o que tinham reflectido, quando, como, por quê, sempre no sentido de se perceber pormenores, estratégia que é também muito aconselhada por J. Corbin e A. Strauss⁽⁸⁴⁾.

Vários estudantes referiram que os conhecimentos de ética e deontologia ajudam a perceber a existência dos problemas e também a reflectir sobre os mesmos, orientando a decisão. Outros mencionaram que a falta desses mesmos conhecimentos constitui, pelo contrário, um factor impeditivo no processo de reflexão e tomada de decisão.

O mesmo aconteceu em relação à discussão de situações concretas, que consideraram como um factor facilitador, tal como a acumulação de experiências em ensinos clínicos.

Um outro factor referido pelos participantes no estudo tem a ver com o tipo de orientação, uma vez que mencionaram por várias vezes que quando o professor disponibiliza algum tempo e atenção para reflectirem sobre determinadas questões, isso ajuda em reflexões futuras e, consequentemente orienta nas tomadas de decisão.

Da interpretação dos dados, verificou-se que os estudantes mencionam como factores facilitadores os conhecimentos adquiridos nas aulas de Ética e Deontologia e as discussões de situações concretas efectuadas ao longo das mesmas, o que está bem evidente nos seguintes extractos de duas entrevistas realizadas:

“A disciplina de ética tem bastante influência porque nós na ética nós baseamos... ou melhor nós temos em conta todo aquele raciocínio... principalmente todas aquelas discussões que temos na sala de aula em que os próprios colegas dão exemplos de situações que já viveram... tudo isso nos faz reflectir muito e ... era o que eu estava a dizer... ganhar aquela consciência de tudo daquilo que é certo para se fazer...” (4º ano, E 4)

“Ajuda muito porque uma coisa é a gente ter o conhecimento no geral e são os princípios, as noções e mais ou menos estas... aquelas... não são regras... mas é mais ou menos aquela forma de actuação, uma maneira de agir... outra coisa é o discutir situações em particular porque cada uma tem especificidades diferentes e a gente vê o que é que seria mais correcto ou não fazer numa determinada situação” (4º ano, E 5)

Referem também a ocorrência de situações idênticas e experiências anteriores como um factor facilitador da reflexão e também o facto de o professor/orientador proporcionar momentos de reflexão sobre casos reais ao longo dos ensinos clínicos.

“A nossa reacção agora é diferente, já conseguimos reagir talvez por já termos mais experiências tanto no 2º como no 3º ano, mais maturidade. No 2º ano, estamos demasiado centrados em nós e não no doente. É essencialmente o facto de termos tido uma série de experiências que nos permitiram reflectir” (4º ano, E2)

“A gente pensa de outra maneira, já temos experiência prática diferente da do 2º ano já... já passa por nós diversas situações e já reflectimos de maneira diferente, já ponderamos certas coisas, já... é diferente, já temos mais aquela independência e aquela autonomia e já reflectimos de outra forma, já não temos tanto problema em perguntar à nossa orientadora certas coisas, somos mais acanhadas no 2º ano [...] Consigo raciocinar de forma diferente devido às experiências por que nós já passamos... as experiências práticas ajudam muito...” (4º Ano, E3)

Constata-se que, enquanto os estudantes dos primeiros anos do curso referem como factores facilitadores as aulas de Ética e as reflexões ao longo destas, os que se encontram numa fase mais avançada fazem ainda menção às experiências anteriores e à influência que o professor/orientador pode ter, ao valorizar problemas de natureza ética, colocar questões sobre eles e proporcionar espaços de reflexão.

Efectivamente, os estudantes dos primeiros anos falam com muita frequência na importância das aulas de Ética e Deontologia e atribuem muito ao professor o conhecimento. Por outro lado, os dos últimos anos valorizam muito as experiências anteriores e verifica-se que adoptam uma posição mais relativista: “já reflectimos de maneira diferente, já ponderamos certas coisas [...] consigo raciocinar de forma diferente devido às experiências por que nós já passámos” (4º ano, E3).

No que respeita aos factores inibidores da análise, reflexão e tomada de decisão, referem a limitação de tempo durante os ensinamentos clínicos, a falta de oportunidade para discutir situações concretas, uma maior preocupação com os procedimentos técnicos e com as rotinas e a falta de contacto com situações reais. Como exemplos, passa a citar-se o que foi transmitido por um dos estudantes:

“Estamos mais concentrados no que fizemos bem ou não... naquele momento o mais importante é a nossa evolução, o nosso desempenho... porque a própria orientadora perguntava-nos... cingíamo-nos ao nosso papel... estamos ali a fazer um estágio... Quando estávamos fora do estágio é que falávamos nesses assuntos... será que eu devo fazer aquilo ou será que devo fazer como aprendi? É aquela preocupação com o estágio e descuramos um bocadinho esses aspectos, preocupamo-nos mais com o nosso desempenho do que com o que se passa no serviço.” (1º ano, E 16)

Este foi um facto comprovado ao longo das observações efectuadas e bastante evidente durante as reuniões. Por exemplo, naquelas em que houve oportunidade de observar, entre os estudantes do 2º ano e o professor/orientador no final do turno, geralmente começavam pela leitura e correcção dos registos relativos aos doentes, depois cada estudante falava da forma como tinha decorrido o turno, sobre as técnicas e os procedimentos e no modo como tinha sido ou não capaz de estabelecer prioridades e gerir o tempo. Seguidamente, o professor/orientador dava algumas orientações relacionadas com o desempenho e, geralmente, o que acontecia era que, entretanto, se aproximava a hora de acabar o turno e tinham de terminar as reuniões.

As reuniões semanais entre os estudantes do 3º ano e o professor decorreram de forma idêntica, apesar de por vezes já “restar” algum tempo e fazerem algumas reflexões sobre questões relacionadas com a informação ao doente e o respeito pela

privacidade e autonomia. Por exemplo, durante uma manhã em que se permaneceu numa reunião³⁸, um dos estudantes referiu que quando ia administrar a terapêutica tinha sempre a preocupação de explicar a mesma aos doentes quando era a primeira administração e de verificar se aceitavam ou não fazê-la. O professor enfatizou que um acto de administração de terapêutica constitui uma responsabilidade e reflectiu em conjunto com os estudantes presentes sobre a importância de informar sempre os doentes e obter o seu consentimento.

3.2.5 Congruência entre a reflexão e acção dos estudantes

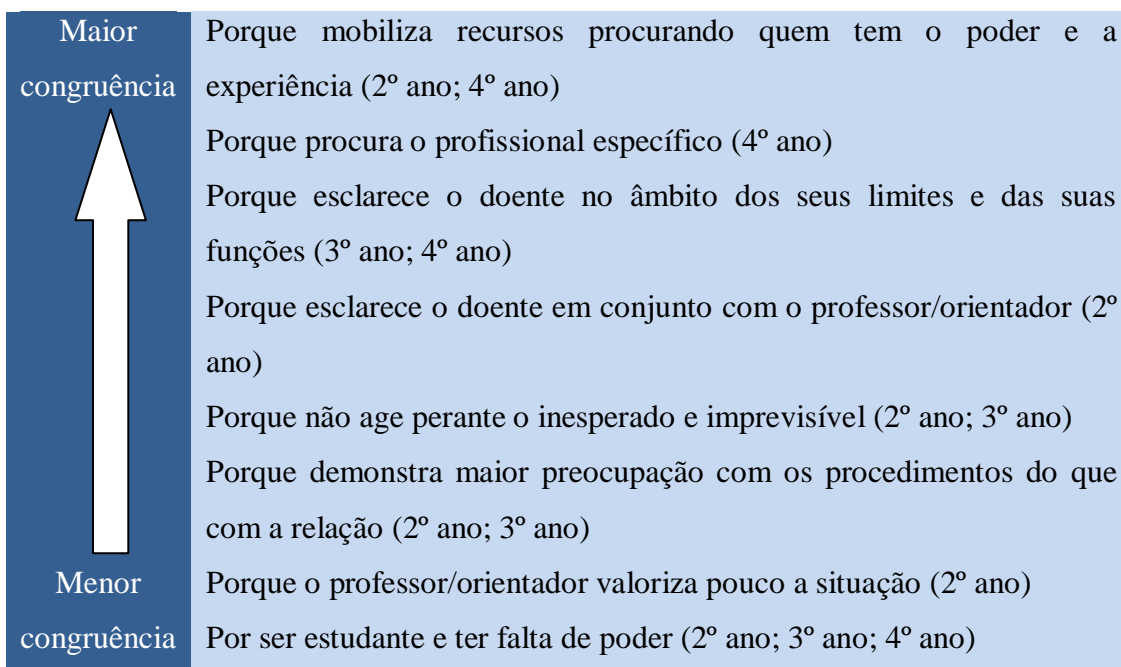
Após se compreender a capacidade de os estudantes identificarem ou não problemas éticos, a forma como o fazem, quais as atitudes que adoptam perante os mesmos, como reflectem e se são ou não capazes de decidir adequadamente, importava analisar se eles agem ou não de acordo com o raciocínio e reflexão efectuados e com a decisão tomada.

De facto, considerando a diferença entre o “saber agir” e o “agir”, tornou-se oportuno perceber se todos os estudantes que “sabem agir” efectivamente o fazem ou não e que factores influenciam a sua acção. Deste modo, após a análise, interpretação e comparação entre os dados, emergiu uma categoria que se denominou “Congruência entre reflexão e acção” e duas subcategorias (“maior congruência” e “menor congruência”) com várias propriedades e dimensões num *continuum* relacionado com a dimensão da congruência entre a reflexão e acção.

Assim, e no sentido de se interpretar os dados de forma clara e aprofundada, elaborou-se o seguinte diagrama:

³⁸ Reunião que acontece semanalmente, como foi referido na descrição dos contextos e tem como principal objectivo fazer uma reflexão sobre a forma como está a decorrer o ensino clínico.

Figura 17 – Diagrama relativo à congruência entre a reflexão e a acção dos estudantes



Em relação aos estudantes dos primeiros anos do curso, verificou-se que na maioria das vezes não agem em congruência com o que pensam ser o correcto, perante situações consideradas por eles como imprevisíveis, como é o caso de um deles que, apesar de estar no 4º ano, relata uma situação vivida no 2º ano e afirma:

“...enquanto nós estávamos a dar o banho à cliente... pronto que é uma situação em que quando ela manifestou a sua vontade de fazer as perguntas ali. Permaneceu com as cortinas abertas... a ... a doente estava descoberta porque nós estávamos a dar o banho, só tivemos mesmo tempo foi de lhe colocar o lençol por cima porque não tivemos oportunidade para a vestir nem nada... o meu colega permaneceu também imóvel à espera que acabasse toda a parte do questionário que a enfermeira me estava a fazer a mim... e pronto... e basicamente foi isso... não foram dados esclarecimentos à doente sobre porque é que tínhamos parado de prestar os cuidados porque não houve oportunidade para isso... e estivemos cerca de dez minutos ali à espera que o questionário acabasse e para depois continuarmos os cuidados, a enfermeira foi-se embora e continuamos os cuidados...” (4º ano, E4)

Compreendeu-se ao longo da entrevista que este estudante não esperava que a orientadora se aproximasse no momento em que estava a ajudar o colega a prestar os cuidados de higiene e conforto e, muito menos, que deixasse as cortinas abertas e começasse a questioná-lo sobre o seu doente na frente de outro doente.

Além disso, muitas vezes os estudantes não agem por se verificar uma grande preocupação com os procedimentos e com as rotinas, como exemplificado a seguir:

“Eu acho que discutimos isso numa das reuniões de fim de dia mas eu não me lembro... do que é que se falou... acho que não se chegou a nenhuma conclusão nem se falou muito nisso... a professora tentou explicar à gente o que era o internamento compulsivo, em que situações é que se realizava e... mas pouco mais se falou sobre isso. Naquela altura estávamos todos, acho que éramos os seis na mesma enfermaria e eram tudo casos mais complicados... e eram tudo casos mais complicados... portanto, mesmo na reunião, embora pudéssemos ter falado um bocadinho nisso... não havia muito tempo para discutir e então acabou por ficar por aí.” (3º ano, E13)

Esta preocupação com as rotinas e com as técnicas, além de ser muito referenciada durante as entrevistas e até nos relatos, é congruente com as observações efectuadas. Ao longo das mesmas, verificou-se que frequentemente é dada alguma prioridade aos conhecimentos teóricos e sua respectiva aplicação na prática notando-se, porém, que existem diversos factores que actuando conjuntamente podem influenciar não só a acção, mas a própria identificação dos problemas e reflexão sobre os mesmos, nomeadamente a valorização dada a estas questões pela parte do professor/orientador e o tempo de duração das reuniões. De uma forma geral, este tipo de problemas e de reflexão é deixado para o final das reuniões. Salienta-se, novamente, a influência que o contexto pode ter no processo. Por exemplo, se o professor/orientador questionasse os estudantes com frequência sobre situações susceptíveis de reflexão ética, como agiriam os mesmos perante situações idênticas a algumas das já descritas?

Quando os estudantes têm tempo para pensar e tomar uma decisão, verifica-se que adoptam algumas estratégias de acção, inclusivamente nos primeiros anos de curso. Por exemplo, muitas das vezes mobilizam recursos procurando quem tem o poder e experiência.

“A gente falou com a nossa orientadora e ela então foi falar com a enfermeira chefe que acabou por se reunir com a assistente social e com o médico para resolverem a situação” (4º ano, E5)³⁹

Verifica-se que está geralmente presente a preocupação de respeitar as hierarquias. No entanto, existem algumas diferenças entre os estudantes que se encontram numa fase inicial do processo de aprendizagem e aqueles que já estão no final do curso. Enquanto os primeiros começam por falar com o professor/orientador,

³⁹ O estudante relata uma situação vivida no 2º ano.

os que se encontram numa fase mais avançada procuram directamente os profissionais específicos, nomeadamente o seu orientador clínico, outros enfermeiros, o enfermeiro chefe, a assistente social ou o médico, pelo facto de se sentirem mais aptos e mais integrados nas equipas. Por exemplo, na citação que se segue, o estudante refere ter questionado várias vezes os enfermeiros do serviço:

“Questionei as enfermeiras do serviço por diversas vezes se alguém já tinha informado o doente da sua situação actual, e ninguém me soube dar a certeza se esta informação tinha sido ou não transmitida ao cliente. Acrescentaram apenas que esta não era uma competência de enfermagem. Apesar de eu saber que eles tinham razão quanto à área de competência, eu não conseguia deixar de pensar que esta situação não era sequer humana.” (4º ano, R2)

Os estudantes do 3º ano e, sobretudo, do 4º ano, tomam muitas vezes a iniciativa de agir de acordo com o que consideram adequado, por exemplo esclarecendo os doentes no âmbito das suas funções e dos seus limites, como é o caso do exemplificado abaixo:

“Tentando acalmá-lo, expliquei-lhe que o ia tentar esclarecer. Não queria assustá-lo, por isso falei num tom de voz calmo e utilizei uma linguagem simples, evitando referir detalhes especulativos que apenas servissem para aumentar a ansiedade do utente... expliquei-lhe o exame. Disse-lhe que a colonoscopia consistia na introdução de um tubo especial através do ânus e que permitia ver o interior do intestino num ecrã de televisão. Disse-lhe que durante o procedimento lhe seria dada uma medicação para dormir e como resultado não sentiria o exame, contudo, para que o exame corresse bem, era necessária uma preparação prévia. Na véspera, teria de “lavar” os intestinos bebendo um produto que teria um efeito laxante, seria desconfortável pois teria que beber quatro jarros de água em poucas horas e teria de recorrer à casa de banho várias vezes. Contudo, esta era a única forma de saber o que é que se passava com o seu intestino.” (4º ano, R1)

No entanto, verificou-se que os estudantes, de uma forma geral, têm muita dificuldade em tomar iniciativas e agir em congruência com o que pensam, relacionando-o muito com a sua falta de poder e pouca autonomia pelo facto de serem alunos, inclusivamente os que frequentam o 3º e o 4º ano, como é o exemplo das citações que se seguem:

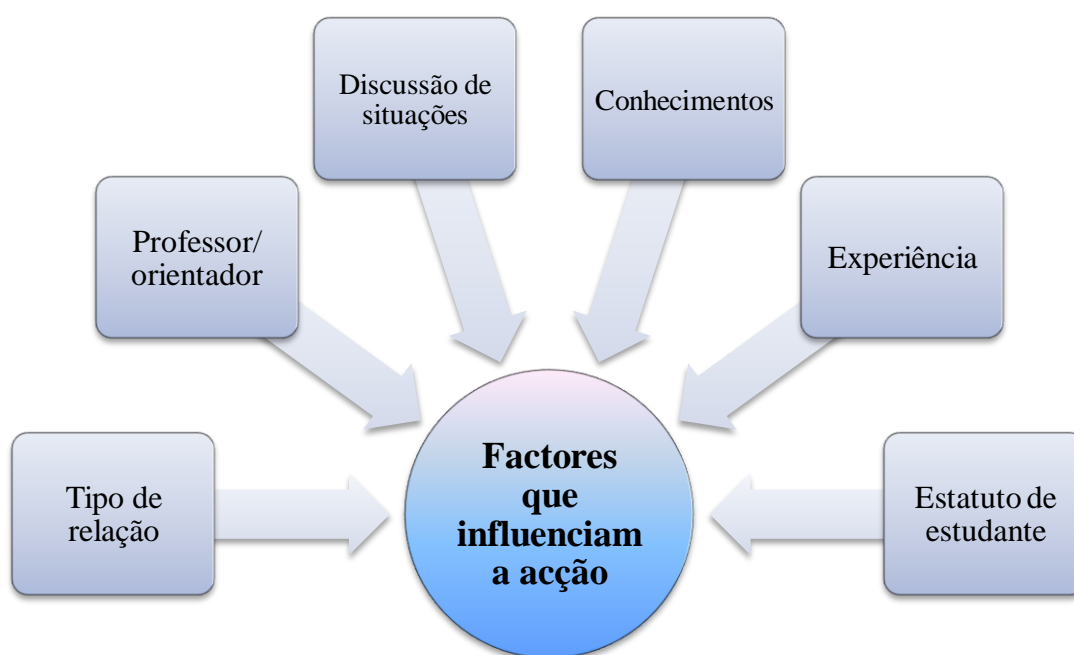
“É um bocado complicado enquanto aluno às vezes tomar certas atitudes ou certas decisões mas, para mim, o mais correcto era chamar o médico antes da cirurgia e dizer ‘esta pessoa não está esclarecida, não sabe o que lhe vai acontecer, se calhar era melhor explicar-lhe, ter uma conversa com ela’... de fato tinha era que ter sido feito antes até porque... eu acho que o consentimento informado não é só uma questão de assinar porque o facto de estar assinado não é sinónimo de que a pessoa sabe o que lhe vai acontecer... não quer dizer que a pessoa esteja esclarecida...” (4º ano, E2)

“Fiquei com dúvidas sobre qual deveria ser o meu comportamento face àquela situação. Para mim, a maneira mais correcta de resolvê-la seria voltar ao gabinete médico e dizer ao pediatra que a senhora não tinha compreendido o que tinha sido dito, pedindo ao médico que explicasse à cliente o que se tinha passado. Porém como é que uma aluna de enfermagem poderia enfrentar um médico com vários anos de serviço e com um temperamento menos fácil?” (3º ano, R4)

Porém, um aspecto a salientar é que, de um modo geral, enquanto os dos primeiros anos do curso referem que por serem estudantes sentem que as suas opiniões não são tidas em conta na maior parte das situações, os do 4º ano frequentemente mencionam que se “sentem parte da equipa” e que geralmente “os enfermeiros têm em conta as suas opiniões”.

Da análise, interpretação e comparação entre os dados colhidos ao longo do estudo, compreendeu-se que existem factores que facilitam a acção dos estudantes – em congruência com o que pensam ser o correcto e adequado – e outros que, pelo contrário, a dificultam. Emergiu, assim, a categoria “factores que influenciam a acção” Neste sentido, elaborou-se um diagrama que possibilitasse perceber de forma mais evidente esses factores:

Figura 18 – Diagrama relativo aos factores que influenciam a acção



Como se pode ver, salientam-se seis subcategorias: tipo de relação, professor/orientador, discussão de situações, conhecimentos, experiência e estatuto de estudante.

Um dos factores que influencia bastante a acção dos estudantes, frequentemente referido, é o tipo de relação estabelecida com a equipa: “Um dos factores foi... era a relação aberta que a gente tinha com toda a equipa lá do serviço” (4º ano, E5). Neste caso, a relação com a equipa é referida como um factor que facilitou a acção.

Porém, o mesmo estudante refere o tipo de relação existente nos serviços como um factor inibidor da sua acção:

“Outro entrave era realmente a relação que aquele médico tinha com os enfermeiros daquele serviço não era a mais saudável... Por assim dizer... ele geralmente chegava lá e era o... tipo o eu quero, eu posso, eu mando e eu sou o médico e eu prescrevo assim e... Normalmente a maioria dos enfermeiros que estavam lá, muitos deles... cumpriam as ordens dele sem questionar” (4º ano, E5)

Este estudante faz referência de uma forma muito clara à relação ente médicos e enfermeiros como factor impeditivo da acção. No entanto, verifica-se que numa fase mais adiantada de entrevista, ele afirma: “e... até essa situação que nós tivemos lá foi... acabou por dar força a muitos outros enfermeiros que estavam lá para começarem a questionar certas decisões que eram tomadas naquele serviço” (4º ano, E5). Em diálogo com o estudante, foi possível compreender que a relação entre a equipa de enfermagem era muito forte e que, de certa forma, a presença dos estudantes e do professor/orientador no serviço contribuiu para uma certa mudança de atitudes por parte dos enfermeiros. Este aspecto vem demonstrar também a forma como o contexto influencia o processo e vice-versa.

Os estudantes sentem-se mais capazes de emitir as suas opiniões quando a equipa é receptiva: “A equipa do serviço está sempre muito desperta para esse tipo de necessidades: enfermeiros, assistente social e os próprios médicos” (4º ano, E1).

Segundo o que se foi compreendendo, o professor/orientador tem muita influência em todo o processo, ou seja, não só no sentido de ajudar o estudante a desenvolver a sua capacidade de reflexão mas também no sentido de intervir junto dos enfermeiros e facilitar a acção de acordo com o considerado mais adequado.

Outro factor que influencia a acção é a discussão de situações, referida por vários dos estudantes, quer como factor facilitador da acção quando têm

oportunidade de o fazer frequentemente e repetidas vezes, quer como factor inibidor da acção quando não existem momentos para debater este tipo de questões.

“A disciplina de ética tem bastante influência porque nós na ética nós baseamos-nos... ou melhor nós temos em conta todo aquele raciocínio... principalmente todas aquelas discussões que temos na sala de aula em que os próprios colegas dão exemplos de situações que já viveram... tudo isso nos faz reflectir muito e ... era o que eu estava a dizer... ganhar aquela consciência de tudo daquilo que é certo para se fazer...” (4º ano, E4)

No caso acima exemplificado, é feita referência ao contributo das reflexões e discussões em sala de aula e, portanto, ao facto de serem fundamentais para orientar a acção.

A acção dos estudantes é também influenciada pelos conhecimentos e pela experiência, o que foi referido por muitos deles quer como factor facilitador, quer como factor inibidor, uma vez que à medida que vão aprofundando os seus conhecimentos e que se vão repetindo experiências ao longo dos ensinamentos clínicos, sentem uma maior segurança e, conseqüentemente, uma maior autonomia. Contrariamente, quando se deparam com situações sobre as quais não têm o conhecimento ou a experiência, têm maior dificuldade em agir.

Não menos importante do que todos os factores já mencionados, é o estatuto de estudante, referido por muitos dos participantes como um inibidor da acção, quer pela sua falta de poder, quer pelo facto de estarem submetidos a avaliação. Esta foi uma constatação muito clara, referida muito frequentemente e que se tornou desde o início bastante evidente através das entrevistas e relatos. Além disso, a aplicação das vinhetas e a respectiva análise veio confirmar a conclusão a que já se tinha chegado, pela frequência com que os estudantes referem que não agiriam da forma correcta pelo facto de serem alunos, de não terem poder e de estarem a ser avaliados. Como exemplo, poder-se-iam citar inúmeros estudantes que fazem várias afirmações similares à que se segue:

“Teria de responder às questões da professora, pois teria medo de não o fazer porque quiçá a professora podia não achar bem o facto de eu não querer falar sobre o assunto no momento em que ela o queria fazer” (1º ano, V3).

Este é um dos exemplos relativo a um estudante do 1º ano. No entanto, ao longo de todo o curso é feita referência ao estatuto de aluno como factor impeditivo da acção, como se pode ver nas citações que se seguem:

“O facto de eu ser aluno... no 2º ano a gente ainda sente-se muito inseguros... temos medo de dizer aquilo que a gente pensa... porque somos alunos... talvez se calhar também pela atitude dos enfermeiros” (4º ano, E6)

“Eu sinto que a gente como alunos não temos muito poder de opinião ou de decisão... se nós soubermos fundamentar bem a nossa posição... mas às vezes as coisas estão tão enraizadas... se a gente pensar um bocadinho às vezes não são assim tão difíceis... Será que não havia outro sítio para onde a senhora pudesse ir... Tenho a noção de que se fosse enfermeira abordava as coisas de outra maneira” (3º ano, E13)

“É a falta de poder, a falta de experiência, a falta de autoridade... uma enfermeira que está ali na equipa eu acho que já gere o seu trabalho e se calhar já tem algum fundamento e é parte integrante da equipa... apesar de eu me sentir muito integrada na equipa de enfermagem mas eu noto que para determinadas coisas aluno é sempre aluno e por muito que nós queiramos.” (4º ano, E17)

Como se pode verificar a partir destas citações, a maioria dos estudantes refere o seu estatuto e o sentimento de falta de poder como factores que os impedem de agir em congruência com o que pensam, apesar de muitas das vezes terem demonstrado saber qual a decisão mais adequada.

3.3 REFERÊNCIAS

1. THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M. & BOYD, Kenneth M. *Nursing ethics*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006. ISBN 978 0 443 101 38 0.
2. DIAS, Maria de Fátima. *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.
35. VIEIRA, Margarida. *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Lisboa, 2002. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.
48. MARÇAL, Teresa. *Compaixão e empatia*. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 277-290. ISBN 972-603-326-8.
84. CORBIN, Juliet & STRAUSS, Anselm. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008. ISBN 978-1-4129-0644-9.

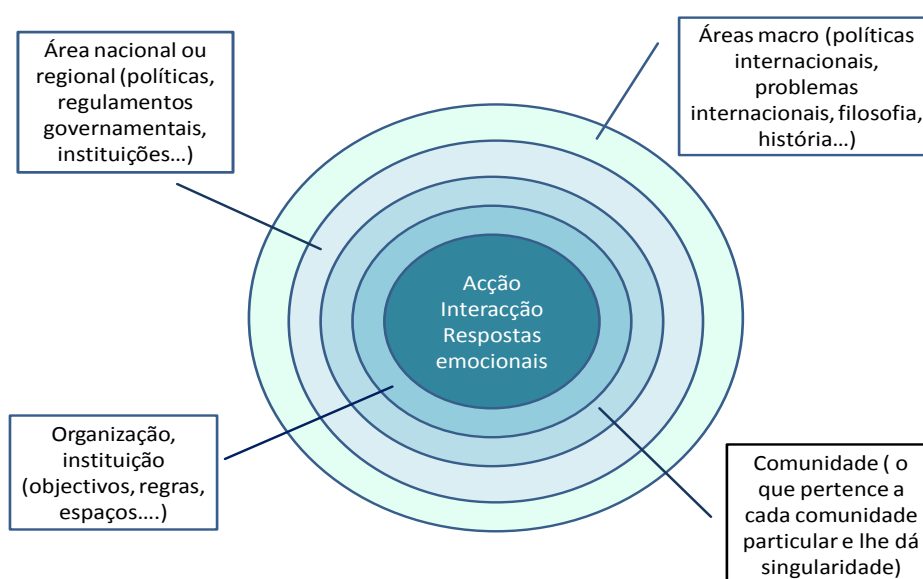
89. LIMA, Luísa. Atitudes: estrutura e mudança. [autor do livro] Jorge Vala e M. Benedicta Monteiro. *Psicologia social*. 8ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 187-225. ISBN 9789723108453.
90. DI NAPOLI, Ricardo Bins. *Ética e compreensão do outro: a ética de Wilhelm Dilthey sob a perspectiva do encontro interétnico*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. ISBN 85-7430-155-8.
91. GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional*. 15ª ed. Camarate: Sociedade Industrial Gráfica, 2010. ISBN 978-989-644-090-9.
92. DAMÁSIO, António R. *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem-Martins: Publicações Europa-América, 2003. ISBN 9789721052291.
93. PETTINELLI, Mark. The psychology of emotions, feelings and thoughts. <http://cnx.org/content/m14358/1.78/>. [Online] 2009 [Citação: 2 de Março de 2010].
132. DAMÁSIO, António R. *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. 6ª ed. Barcelona: Editorial Crítica, 2009. ISBN 84-8432-676-4.

4. A CONSTRUÇÃO DA COMPETÊNCIA ÉTICA

Após terem sido apresentados os resultados do estudo, procede-se ao desenvolvimento da teoria neste capítulo, a qual é comparada, sempre que pertinente, com a literatura consultada.

Ao iniciar a integração teórica, importa recordar que a maioria das situações resulta de uma combinação de micro (mais próximas do individual) e macro condições (mais distantes do individual, ou seja, condições históricas, sociais, culturais, políticas e outras). Nesse sentido, J. Corbin e A. Strauss referem a importância da construção de uma “matrix condicional” como um guia conceptual, a qual consiste numa série de círculos concêntricos ligados por setas que representam a intersecção de condições/consequências e a consequente série de eventos. Nos círculos exteriores vão-se colocando as áreas macro desde o mais geral ao mais específico e no centro o mais importante, ou seja as acções, interacções, respostas emocionais, conforme ilustrado abaixo:

Figura 19 – Matrix condicional segundo J. Corbin e A. Strauss ⁽⁸⁴⁾



Nesta linha de pensamento, foram seguidas as orientações dos referidos autores e tida sempre em conta a existência de várias condições que podem influenciar o desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem. Isto é, não foram ignorados os numerosos e diversos factores que se conjugam e influenciam os estudantes, desde os macro internacionais (como por exemplo guias orientadores do International Council of Nurses, História da Enfermagem, Declaração Universal dos Direitos do Homem e outros), aos nacionais/regionais (Ordem dos Enfermeiros, Código Deontológico do Enfermeiro), comunidade, organização (normas da instituição, formas de funcionamento, hierarquias), até à personalidade, a cultura e sociedade onde eles se encontram inseridos e os valores em que acreditam.

Porém, uma vez que o objectivo do estudo consiste em desenvolver uma teoria explicativa do desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem ao longo do curso, será mais desenvolvida a vertente dos factores e condições directamente relacionados com o processo de aprendizagem e com a fase do curso em que se encontram.

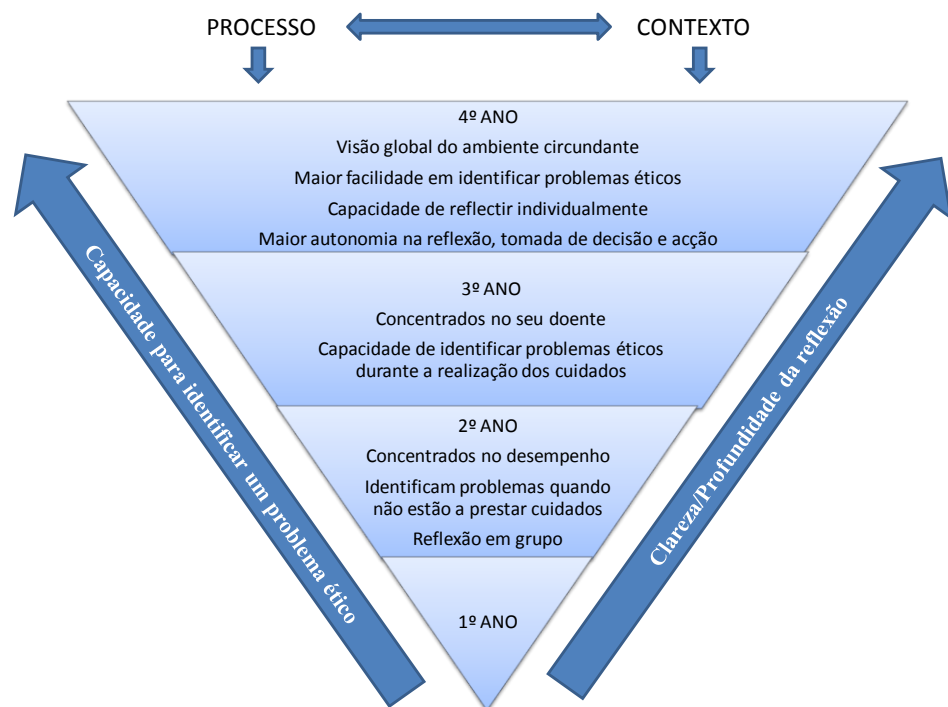
Tendo-se verificado que a saturação teórica estava atingida, uma vez que já não apareciam novos dados e as categorias se encontravam desenvolvidas em termos de propriedades e dimensões, considerou-se estar na altura de passar à integração teórica. Assim, começou-se por escrever pequenas frases sobre a forma como se processa o desenvolvimento da competência ética dos estudantes (a “story line”). À medida que tal ia sendo feito e simultaneamente se reflectia, foi-se percebendo que, para além do tema principal do estudo ser o desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem, estava presente uma categoria que se relacionava com todas as outras categorias e conceitos – a “percepção do problema ético”. De facto, só a partir da mesma, foi possível compreender a forma como os estudantes respondem, reflectem, raciocinam, tomam decisões e agem, ou seja, como mobilizam e integram os diversos recursos.

Assim, houve momentos em que se pensou estarem presentes duas categorias centrais: a percepção do problema ético e o desenvolvimento da competência ética nos estudantes ao longo do curso. A primeira por ser a categoria que se relaciona com todas as outras e por todo o processo se desenrolar e desenvolver a partir dela, a segunda por ser a temática principal do estudo e representar uma ideia unificadora. J. Corbin e A. Strauss chamam a atenção para a possibilidade de o investigador se confrontar com duas ou mais possíveis categorias centrais, o que pode significar

desenvolver duas teorias e, neste caso, aconselham a encontrar uma ideia unificadora. Acrescentam também que a categoria central representa o tema principal da investigação, pode não estar na lista das categorias existentes, tem de ser abstracta e todas as outras têm de estar relacionadas com ela ⁽⁸⁴⁾. Com base nestas orientações, considerou-se que a opção mais correcta seria pela ideia unificadora, ou seja, pelo desenvolvimento da competência ética.

Para a integração teórica recorreu-se também aos memos e diagramas que foram sendo elaborados ao longo do estudo e ajudaram a ligar os diferentes conceitos, a compreender como se relacionam e a tornar mais evidentes as semelhanças e diferenças entre eles, de que é exemplo o seguinte diagrama integrativo:

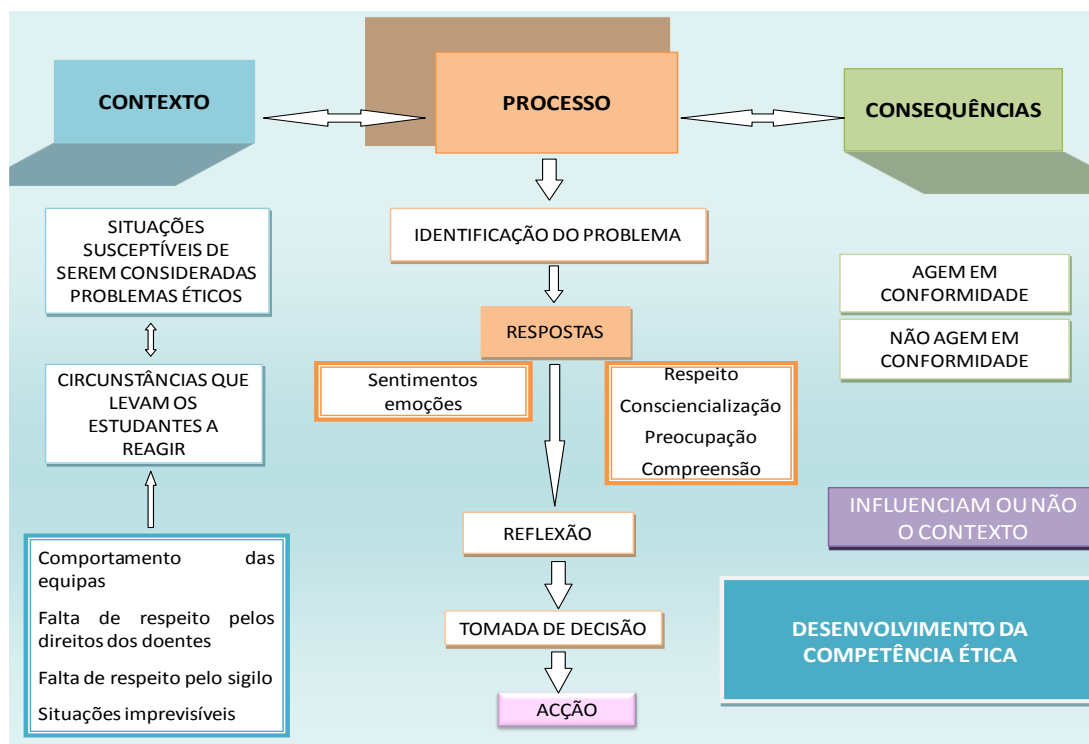
Figura 20 – Diagrama integrativo da forma como se processa o desenvolvimento da competência ética nos estudantes



O estudo foi assim ganhando densidade teórica, ao mesmo tempo que nascia uma teoria explicativa do desenvolvimento da competência ética dos estudantes, circunscrita a uma realidade concreta: a da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores.

Durante a elaboração da teoria, foi sempre tida em linha de conta a relação entre o contexto, o processo e as consequências, pelo que se foi construindo um esquema representativo da mesma, que foi sendo completado durante a realização do estudo.

Figura 21 – Esquema da relação entre o contexto, o processo e as consequências



Como se pode ver no esquema acima, o contexto, no caso concreto deste estudo, está relacionado com o conjunto de situações susceptíveis de serem consideradas problemas éticos e de circunstâncias que levam as pessoas a reagir, ou seja, com todas as condições em que surgem os problemas. Recorda-se que todo este conjunto de circunstâncias não acontece isoladamente, pelo que os espaços físicos e a interacção também nunca podem ser ignorados já que também eles fazem parte integrante do contexto.

Todavia, apesar de se saber que todo o contexto influencia o processo, no esquema salienta-se o comportamento das equipas, a falta de respeito pelos direitos dos doentes, a falta de respeito pelo sigilo e as situações imprevisíveis, por serem os factores que se foram salientando e emergindo mais frequentemente ao longo do estudo.

O processo está relacionado com as respostas a situações, problemas, acontecimentos ou eventos, tendo em conta que as pessoas reagem normalmente com alguma forma de acções/interacções/emoções. É um comportamento adoptado como resposta a situações ou problemas, muitas vezes com o propósito de atingir um objectivo. Estas acções/interacções ocorrem ao longo do tempo, envolvem sequências de diferentes actividades e têm um sentido de objectivo e de continuidade. Além disso, as respostas das pessoas dependem da forma como percebem as situações e dos significados que lhes atribuem ⁽⁸⁴⁾. No caso concreto deste estudo, o processo tem início com uma situação ou acontecimento susceptível de ser considerado problema ético, o qual pode ser percebido ou não como tal pelos estudantes. Por isso, a sua identificação constitui o primeiro passo de todo o processo, como já foi sublinhado. As respostas dos estudantes são variadas, salientando-se diferentes atitudes, de natureza afectiva e cognitiva, que podem conduzir ou não à reflexão e tomada de decisão.

As consequências constituem o resultado das interacções ou de respostas emocionais a acontecimentos e respondem a questões sobre o que aconteceu como resultado ⁽⁸⁴⁾. Neste estudo, verificam-se dois grupos de consequências:

- a curto prazo – relacionadas com a forma como os estudantes agiram ou não logo após a identificação do problema e a reflexão efectuada no momento;
- a médio prazo – relacionadas com o facto de o processo poder influenciar ou não o contexto e também com o aumento da competência ética dos estudantes, decorrente da repetição das experiências.

Em relação às consequências a médio prazo, recorde-se o estudante que referiu ter-se apercebido de uma mudança de atitudes de alguns enfermeiros, no sentido de começarem a questionar determinadas decisões tomadas pelos médicos após os estudantes intercederem, com a ajuda do professor, no processo de regresso a casa de um doente dependente, conseguindo adiar a alta. Neste caso, pode afirmar-se que o processo influenciou o contexto, na medida em que foi a acção dos estudantes que desencadeou novas respostas da parte dos enfermeiros porque, segundo, referiu o próprio estudante:

“Normalmente a maioria dos enfermeiros que estavam lá, muitos deles... cumpriam as ordens dele sem questionar em muitas das situações e... até essa situação que nós tivemos lá foi... acabou por dar força a muitos outros enfermeiros que estavam lá para começarem a questionar certas decisões que eram tomadas naquele serviço” (4º ano, E5)

A identificação de uma situação como problema ético só é possível perante a existência de um acontecimento ou condição que necessite de uma reflexão e tomada de decisão e/ou implique um conflito de princípios ou valores. Se esta condição não estiver presente, os estudantes não têm oportunidade de identificar os problemas nem de reflectir sobre os mesmos. Assim, considera-se a existência de uma situação que pode constituir um problema ético como uma das condições causais do processo de desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem. Porém, a presença da mesma não é suficiente para o seu reconhecimento e identificação como problema, existindo outras condições intervenientes que influenciam não só esta capacidade de identificação mas também a forma como se desenvolve a competência ética dos estudantes.

Ao longo do curso de licenciatura em enfermagem, existe um aumento gradual da capacidade dos estudantes para identificar um problema ético, o que está de acordo com outros estudos realizados^{(74) (94) (95) (96) (97)}.

Porém, importa compreender como se vai processando este desenvolvimento e que factores o influenciam.

Os estudantes do 1º ano no princípio do curso demonstram alguma dificuldade na identificação de problemas éticos. Quando questionados no sentido de relatarem uma situação problemática, geralmente referem alguns casos em que os próprios, familiares ou amigos estiveram directamente envolvidos. Enquanto alguns já conseguem distinguir situações em que estão presentes conflitos de princípios e valores e que exigem alguma reflexão, outros limitam-se a descrever casos simples de meras divergências de opiniões. É de salientar que não existiu uma correspondência directa entre a idade do estudante e a sua capacidade de identificação deste tipo de questões, na medida em que por vezes os de idades mais avançadas revelaram grande dificuldade em relatar situações que fossem efectivamente problemas éticos, enquanto outros mais novos o conseguiram fazer. Estas constatações estão de acordo com a bibliografia consultada, nomeadamente com O. Numminen e H. Leino-Kilpi, numa revisão que efectuaram da literatura publicada entre 1980 e 2006 sobre estudos relacionados com a tomada de decisão ética dos estudantes de enfermagem, onde referem que a idade não estava associada de forma significativa com os *scores* mais elevados⁽⁹⁸⁾.

Por isso, se considera que os estudantes ao iniciarem o curso não estão ainda despertos para determinadas situações/problemas éticos, o que não é sinónimo de

ausência de sensibilidade e de respeito pelo outro enquanto pessoa. De facto, muitos dos estudantes mostram-se sensíveis a determinadas situações que descrevem como consideradas por eles como problemáticas. O que acontece é que a maioria deles nunca teve contacto com situações de doença e, se tal aconteceu, foi na condição de amigos ou familiares ou até mesmo de doentes. O primeiro contacto dos estudantes com a doença, a vulnerabilidade e o sofrimento, como futuros profissionais de saúde, acontece apenas no final do primeiro ano do curso.

Por isso, só a partir do fim do 1º ano, quando já adquiriram alguns conhecimentos e realizaram um ensino clínico verifica-se que começam a conseguir reconhecer problemas éticos na área da saúde e normalmente relacionados com questões já abordadas durante o período teórico e com os cuidados desenvolvidos no referido ensino clínico. Nesta fase de aprendizagem os estudantes identificam muitos problemas relacionados com a actuação dos assistentes operacionais, nomeadamente no que se refere ao não respeito pela pessoa na sua dignidade e pelo direito à intimidade e privacidade.

No 2º ano, os estudantes identificam problemas geralmente quando não estão a prestar cuidados directos aos seus doentes, o que está relacionado com o facto de ainda estarem muito concentrados no seu desempenho, nas técnicas e nos procedimentos. Por exemplo, durante as passagens de turno ou durante a elaboração dos registos, já são capazes de identificar problemas decorrentes da actuação dos enfermeiros e/ou dos médicos, como foi o caso de relatarem situações relacionadas com a falta de uma preparação adequada da alta dos doentes para o seu regresso a casa e com o não respeito pelo direito ao consentimento livre e esclarecido ou pela confidencialidade.

Quando chegam ao 3º ano, os estudantes já demonstram alguma capacidade de identificar problemas mesmo durante a prestação dos cuidados, mas geralmente relacionados com os doentes ao seu cuidado. Nesta fase de aprendizagem, já sentem uma maior segurança na realização de técnicas o que leva a que estejam mais atentos ao doente como um todo, aspecto que foi mencionado por vários dos participantes no estudo. No entanto, continuam ainda muito concentrados no “seu doente”.

No 4º ano já revelam capacidade para identificar problemas com uma maior facilidade. Conseguem reconhecer situações que ocorrem nos serviços onde realizam os ensinamentos clínicos, pelo facto de as mesmas se repetirem com alguma regularidade. Como exemplo, cita-se um estudante que se foi apercebendo do não cumprimento da

obtenção do consentimento livre e esclarecido no serviço onde realizou o ensino clínico à medida que a situação foi acontecendo várias vezes. Nesta fase do curso também já são capazes de identificar problemas relativos a todos os doentes internados e não apenas aos que estão ao seu cuidado. No entanto, sublinha-se que é também nesta altura que começam a prestar cuidados a todos os doentes atribuídos ao seu orientador clínico.

O estudo realizado possibilitou uma maior consciencialização de que os estudantes geralmente não permanecem indiferentes perante as situações e manifestam variados tipos de sentimentos e emoções quando se apercebem da existência de um problema ético. Efectivamente, as pessoas reagem às situações, problemas, acontecimentos ou eventos com alguma forma de acção/interacção/emoção, isto é, dão sempre determinado tipo de resposta como, aliás, já foi dito ⁽⁸⁴⁾.

As emoções constituem respostas inteligentes à percepção do valor, e, por isso, são importantes para o nosso “florescimento”, fazem parte do sistema de pensamento ético, derivam do facto de vermos os nossos interesses reflectidos nos outros que beneficiam da nossa preocupação e apoio e não são perturbadoras da razão, mas sim a pedra angular da sociedade. As emoções são construções sociais, ou seja, o sentir e o adquirir um reportório emocional constitui aprendizagens e aprendemos emoções da mesma forma que adquirimos crenças, ou seja, através da sociedade em que estamos inseridos ^{(91) (99)}.

Perante o impacto dos problemas, a primeira resposta dos estudantes é geralmente de carácter afectivo. As emoções e os sentimentos revelados por eles são diversos, notando-se frequentemente manifestações de compaixão em relação aos doentes e familiares. Salienta-se também a revolta, relacionada com não verem respeitados alguns direitos dos doentes e com o comportamento de alguns profissionais de saúde.

Os estudantes manifestam ainda confusão, devida ao facto de se depararem com situações durante os ensinamentos clínicos, em que os comportamentos dos profissionais na prática nada têm a ver com o aprendido teoricamente, o que está em sincronia com a literatura consultada, em que é utilizado o termo “choque da realidade”, referido por M. Kramer e ainda tão actual, para traduzir os sentimentos dos estudantes resultantes do conflito entre as expectativas que trazem da formação teórica e a realidade que encontram nos contextos de ensino clínico ⁽¹⁰⁰⁾.

M. Mestrinho também refere esta diferença entre a teoria e a prática, atribuindo-a em parte ao facto de os currículos de enfermagem serem pensados e desenvolvidos nas escolas, enquanto os contextos da prática, onde os estudantes desenvolvem a sua aprendizagem clínica, estão sujeitos às regras e regulamentos das organizações de saúde ⁽¹⁰¹⁾.

O sentimento de impotência também é comum quando os estudantes se vêem confrontados com situações inesperadas e imprevisíveis, que ultrapassam o limite das suas funções e ainda com aquelas em que se vêem impossibilitados de dar continuidade aos cuidados após o término dos ensinamentos clínicos. Este sentimento está muito relacionado com a falta de poder sentida por eles nos serviços, verificando-se que é comum em todas as fases do curso, o que está em consonância com outros estudos realizados em Portugal e já referidos, como é o caso do efectuado por A. Figueiredo que, entre outras conclusões, refere o facto de os estudantes se verem impedidos de exercer a sua autonomia e liberdade por questões normativas das instituições e pelo seu estatuto de alunos ⁽⁶⁹⁾. Está, também, de acordo com o descrito na literatura existente a nível internacional, nomeadamente com as conclusões do estudo realizado por C. Bradbury-Jones, S. Sambrook e F. Irvine no qual mencionam o facto de os estudantes se sentirem incapazes de mudar as práticas, apesar de reconhecerem o que está errado. Os autores salientam que as narrativas demonstrando falta de poder eram evidentes, onde os estudantes recordavam algumas atitudes e comportamentos negativos por parte dos outros (muitas vezes por parte dos próprios enfermeiros) em relação a eles ou alguma incapacidade para resolver problemas que os perturbaram na prática ⁽¹⁰²⁾.

Em simultâneo com estas manifestações de natureza afectiva, os estudantes também demonstram atitudes de respeito pela dignidade da pessoa e pelos seus direitos e de preocupação com os doentes e familiares. A partir do 2º ano já demonstram compreensão, no sentido de tentarem perceber os motivos que levam as pessoas a agir de determinada forma, como por exemplo em relação aos comportamentos das famílias e das equipas. Alguns chegam mesmo a demonstrar claramente a sua tentativa de compreender ambos os lados em situações de conflito. É de salientar que nos últimos anos do curso já evidenciam uma maior consciencialização do âmbito das suas funções, o que leva a que já sejam capazes de demonstrar alguma autonomia e simultaneamente reconhecer os seus limites.

Quando se apercebem de um problema ético, nota-se que numa fase inicial do curso os estudantes fazem uma reflexão superficial, muitas vezes limitada a considerar que as pessoas não agiram da forma mais correcta, como é o caso da maioria dos que se encontram no 1º ano. Pelo contrário, os dos anos mais avançados, evidenciam uma maior capacidade para uma reflexão mais aprofundada, uma vez que já mencionam várias alternativas, reflectem sobre vantagens e desvantagens, têm em conta os contextos e tentam compreender as razões que conduzem a determinados tipo de atitudes ou comportamentos. Além disso, enquanto os do 1º e 2º anos reflectem mais em conjunto com os colegas e/ou com o professor/orientador, os do 3º e 4º anos já o conseguem fazer individualmente, demonstrando uma maior segurança na capacidade de reflectir sem ajuda.

Após reflectirem sobre as situações e saberem qual a tomada de decisão mais adequada, verifica-se que os estudantes dos primeiros anos do curso muitas vezes não agem em congruência com o que pensam, o que está muito relacionado com a insegurança que ainda sentem em relação às decisões e com a sua falta de poder. Frequentemente, procuram o apoio do professor e/ou do orientador e a sua acção depende muito das decisões tomadas por estes. À medida que vão evoluindo no curso, começam a sentir uma maior segurança, a conhecer o âmbito das suas funções e os seus limites e alguns conseguem agir, por exemplo esclarecendo os doentes. Os que estão no 4º ano, durante a realização do último ensino clínico, demonstram já alguma autonomia e muitas das vezes são capazes de agir em congruência com o que consideram o adequado.

No entanto, durante todo o curso, os estudantes procuram sempre o professor e/ou o orientador, não agindo sem o seu conhecimento. Referem também dificuldade de o fazer quando se confrontam com situações novas e imprevisíveis, dizendo mesmo que muitas das vezes ficam “sem saber como agir”.

Para além de tudo o que já foi mencionado, os estudantes podem saber qual é a acção mais correcta mas não agem, em razão do seu estatuto de alunos, e afirmando frequentemente que não só se sentem com pouco poder mas também que o facto de estarem a ser avaliados condiciona a sua acção. Este é outro aspecto que deve ser tido em conta e também confirmado na comparação com a literatura, relativamente ao facto de a avaliação condicionar o processo de aprendizagem e contribuir significativamente para instalar ou controlar comportamentos, atitudes e crenças entre os estudantes. De facto, os estudantes têm de ser avaliados e, por isso,

preocupam-se em dar resposta às prioridades estabelecidas pelo professor/orientador. Neste sentido, alguns autores chegam mesmo a salientar que eles vivem perturbados pela avaliação e que esta pode ter um impacto positivo ou negativo no seu desenvolvimento pelo poder que encerra e pela importância que tem ^{(21) (103)}.

Existe, ainda, uma outra variável que influencia a acção e que está relacionada com o sentimento de pertença à equipa. Efectivamente, enquanto os estudantes do 2º ano fazem frequentemente menção ao facto de se sentirem estranhos nos serviços e nas equipas, os do 4º ano referem que na maioria das vezes se sentem como fazendo parte delas. Porém, em qualquer fase do curso, procuram geralmente quem tem o poder e a experiência, o que depende também do grau de autonomia que lhes é conferido. Por isso, pode afirmar-se que o sentimento de pertença à equipa constitui também uma condição interveniente no processo de desenvolvimento da competência ética. Estes factos estão de acordo com algumas das conclusões referidas por C. Bradbury-Jones, S. Sambrook e F. Irvine, no seu estudo sobre o significado do conceito do poder para os estudantes de enfermagem. Para estes autores, o poder está relacionado com “tornar capaz de agir”, é um conceito positivo que sugere competência para negociar e está intimamente relacionado com a tomada de decisão, escolha, autoridade, conhecimento e experiência. Os autores fazem referência a alguns aspectos que importa salientar: (i) a atitude da equipa como factor que pode favorecer ou, pelo contrário, dificultar o agir por parte do estudante; (ii) a forma como os estudantes são reconhecidos na equipa, ou seja, sentem mais poder e autonomia quando são vistos como fazendo parte da mesma e (iii) a boa relação entre os estudantes e os membros da equipa, como sendo favorecedora de um maior sentimento de poder e, conseqüentemente, de autonomia por parte do estudante ⁽¹⁰²⁾.

As condições que influenciam o progresso dos estudantes podem sistematizar-se em três grupos: relacionadas com o contexto, relacionadas com a pessoa do estudante e relacionadas com o processo de aprendizagem. De salientar que todas elas influenciam não só a capacidade de identificar o problema, mas também todo o processo de desenvolvimento da competência ética. Esta posição está em total concordância com os pressupostos do interaccionismo simbólico e também com A. Bandura, ao defender que um dos princípios da teoria de aprendizagem social é o da interacção recíproca segundo o qual factores internos (intrínsecos ao sujeito), factores externos (do meio ambiente) e o comportamento do sujeito interagem uns com os outros, influenciando-se mutuamente ^{(80) (104)}.

Nas condições relacionadas com o contexto incluem-se as estruturas físicas, que não devem ser ignoradas, e as condições de interacção.

É um facto que a forma como estão organizados os espaços físicos pode ser propícia ao acontecimento de mais ou menos situações que constituam problemas éticos. Como exemplo disso, pode referir-se a maior probabilidade de invasão da privacidade dos doentes em espaços colectivos, com grande número de camas e sem qualquer tipo de divisórias entre elas. Neste tipo de espaços também é mais fácil para os estudantes aperceberem-se de algum comportamento menos adequado.

As condições do contexto, relacionadas com a interacção, também devem ser valorizadas, como é o caso da evidência e frequência das situações que podem constituir problemas éticos e do tipo de relação que as equipas estabelecem com os estudantes.

A identificação de um problema ético pode acontecer porque ele é demasiado evidente. De facto, como se verificou ao longo do estudo, foi muitas vezes a forma muito clara e visível como as situações aconteceram que permitiu o seu reconhecimento por parte dos estudantes. Deste modo, pode afirmar-se que estes conseguem identificar um problema e reflectir sobre ele porque são confrontados com acontecimentos que implicam claramente a necessidade de uma reflexão ou mesmo de uma decisão, como por exemplo quando se deparam com comportamentos pouco adequados nos quais se torna bastante evidente a falta de respeito pela pessoa. É o caso dos estudantes a frequentar o 1º ano, ao fazerem referência a várias situações relacionadas com a actuação dos assistentes operacionais e afirmarem explicitamente que foi o facto de serem situações tão flagrantes que lhes despertou a atenção. Recorde-se também o caso do estudante do 2º ano que estava a ajudar o colega na prestação de cuidados de higiene e conforto a um doente e foi interrompido pelo professor/orientador o qual, além de abrir as cortinas da unidade, lhe colocou questões sobre outro doente.

Outra condição a salientar, relacionada com o contexto da interacção, é que quanto mais frequentemente acontece o mesmo tipo de problema, mais fácil se torna a sua identificação pelos estudantes. Efectivamente, verifica-se que estes se apercebem com maior facilidade dos mais comuns, demonstrando alguma dificuldade em reconhecer os mais raros. Como exemplo, refere-se a questão da privacidade dos doentes, cuja falta de respeito por parte dos assistentes operacionais chamou a atenção dos que estavam no 1º ano pelo facto de acontecer quase

constantemente. Da mesma forma, a questão da obtenção do consentimento livre e esclarecido foi identificada por alguns estudantes exactamente pelo facto de acontecer com muita frequência os doentes assinarem o documento e, posteriormente, revelarem desconhecer o que tinham autorizado.

O tipo de relação que as equipas estabelecem com os estudantes e a forma como os consideram, ou seja, se como pessoas estranhas ao serviço ou, pelo contrário, como elementos integrantes da equipa, é outra condição interveniente no processo de desenvolvimento da sua competência ética. É de salientar que a relação estabelecida é tão importante que muitas vezes os próprios professores transmitem aos estudantes a sua incapacidade para agir perante determinadas situações identificadas como problemas éticos. Ao longo do estudo, foram vários os que afirmaram não ter agido pelo facto de o professor dizer que não o podiam fazer para evitar que “perdessem um campo de estágio”. Pelo contrário, em outras situações relatadas, as equipas eram bastante receptivas, o que facilitava a colocação de questões e dúvidas, o pedido de apoio em alguns casos e até mesmo o agir em congruência com o considerado mais adequado. Esta importância da relação estabelecida com a equipa também foi comprovada na literatura consultada ⁽¹⁰²⁾.

Como se pode concluir, se o contexto fosse “perfeito”, não haveria possibilidade de os estudantes observarem e identificarem acontecimentos que os levam a reflectir e, algumas vezes, a terem de tomar decisões. Por outro lado, existem condições do próprio contexto que favorecem o progresso dos estudantes, como por exemplo uma equipa desperta para os problemas, que os vê como agentes de mudança e aceita questões e sugestões.

Relativamente às condições relacionadas com a pessoa do estudante, verifica-se que a personalidade, a família, a cultura, a sociedade, os valores em que acreditam condicionam o modo como identificam os problemas, a forma como vão aprofundando a reflexão sobre estas questões, como conseguem tomar decisões e até mesmo a sua capacidade de agir. Esta influência de factores relacionados com características inerentes à pessoa está de acordo com a literatura consultada, em que vários autores enfatizam, por exemplo, que os valores culturais e as crenças dos estudantes influenciam, consciente ou inconscientemente, o seu pensamento, as suas decisões e as acções ^{(104) (105) (106) (107) (108)}.

Foram, de facto, várias as vezes em que a personalidade foi mencionada pelos participantes como um factor que influencia a maneira de pensar e agir.

Efectivamente, como afirma M. Faustino, quando se considera a competência profissional em contextos específicos (contexto micro), ela acarreta toda uma carga de carácter individual, socioeconómico, cultural e histórico (contexto-macro) ⁽²³⁾.

A título de exemplo, refira-se um estudante do 1º ano, filho único e cujos pais são proprietários de um lar de terceira idade, que demonstrou uma sensibilidade diferente dos colegas, no sentido de estar sempre muito atento a estas questões.

Deste modo, perante a existência de uma situação que pode ser considerada um problema ético, apesar de a mesma ser muito evidente e/ou bastante frequente, há estudantes que não a conseguem identificar como tal, outros que são capazes de reconhecer alguns aspectos mais evidentes do mesmo e outros, ainda, que o identificam claramente.

Porém, para além das condições mais relacionadas com a pessoa do estudante, existem outros factores intervenientes, directamente relacionados com o processo de aprendizagem, que influenciam o desenvolvimento da capacidade de identificação de um problema ético, nomeadamente: os conhecimentos, as actividades desenvolvidas, as discussões sobre casos concretos, a experiência e o tipo de orientação.

Verifica-se que os estudantes identificam, geralmente, problemas relacionados com os conhecimentos adquiridos durante os períodos teóricos.

Por exemplo, os do 1º ano identificam problemas relacionados com o respeito pela pessoa e pela sua dignidade e também com o respeito pelos direitos dos doentes, temáticas que estão integradas numa unidade curricular leccionada no período teórico que antecede o ensino clínico do referido ano. Os do 2º ano, para além disso, também conseguem reconhecer questões devidas a insuficiente informação, falta de verdade, não obtenção adequada de consentimento e altas dos doentes sem condições para serem recebidos em casa, o que está também interligado com as temáticas desenvolvidas nos períodos teóricos. O mesmo acontece em relação aos estudantes do 3º e 4º anos, notando-se, geralmente, uma relação entre os conhecimentos e o tipo de problemas identificados.

Assim, à medida que vão progredindo no curso e acumulando conhecimentos, também a capacidade de identificar os problemas com uma maior clareza e pormenor se vai desenvolvendo. Estas constatações estão de acordo com a literatura consultada, existindo vários autores que defendem que a capacidade de tomada de decisão ética pode ser reforçada pelo ensino ^{(13) (50)}.

No entanto, a influência dos conhecimentos não significa uma relação linear de causa e efeito, até porque há outras condições intervenientes que interagem entre si e contribuem para o desenvolvimento da competência ética, como já foi evidenciado.

Os estudantes identificam com maior facilidade os problemas relacionados com as actividades que desenvolvem, o que está bem evidente na diferença entre os do 1º ano que realizaram ensino clínico num serviço e reconheceram as situações porque os assistentes operacionais prestavam cuidados similares aos desenvolvidos por eles e os do mesmo ano que permaneceram nos serviços a observar os enfermeiros, por períodos superiores a uma semana, e que detectaram problemas em algumas das atitudes e comportamentos daqueles, nomeadamente relacionados com a informação e a verdade ao doente. É de salientar também que, quando os estudantes ainda têm alguma insegurança nas técnicas e nos procedimentos, concentram-se de tal forma nestes que, por vezes, não se apercebem das situações. Por isso, se verifica que os que se encontram no 2º ano frequentemente não se apercebem dos problemas durante a prestação directa de cuidados, o que já não acontece com os do 3º e 4º anos, o que pode estar relacionado com a segurança e autonomia que vão adquirindo à medida que vão repetindo a realização de determinadas actividades.

As discussões sobre casos concretos também influenciam a capacidade de identificação de problemas éticos e contribuem para o desenvolvimento da competência nesta área ao longo do curso, na medida em vão ajudando os estudantes a ficarem mais despertos para determinado tipo de situações e a reflectirem mais profundamente sobre elas, de modo a saberem quais as tomadas de decisão e as acções mais adequadas. Este foi um aspecto muito referido pelos participantes e que está de acordo com a literatura consultada e com os resultados de outros estudos, como por exemplo o realizado na por L. Dinç e R. Görgülü, em que a maioria dos estudantes considerou que as discussões de casos, usando princípios éticos, aspectos legais e o Código de Ética Internacional para Enfermeiros eram muito úteis para o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão ética ⁽⁹⁵⁾.

A experiência é também uma condição interveniente em todo o processo. Neste caso, o conceito de experiência é interpretado com dois significados diferentes:

- Experiência proveniente do sucessivo contacto com problemas éticos – os estudantes reconhecem mais facilmente os problemas já presenciados e vividos anteriormente o que, de certa forma, explica o facto de se aperceberem melhor das situações mais comuns, como por exemplo a falta de

respeito pela privacidade dos doentes. À medida que vão acumulando experiências, vão-se tornando mais capazes de identificar outros problemas novos e mais complexos, de reflectir sobre eles e de tomar decisões. Este facto está em concordância com as conclusões de outros estudos, nomeadamente do efectuado por J. Auvinen et al. com estudantes finlandeses, em que os resultados mostraram que os estudantes que demonstraram um nível de raciocínio mais elevado eram os que se tinham deparado com dilemas éticos durante a aprendizagem clínica ⁽⁹⁴⁾;

- Experiência relacionada com a execução de técnicas e procedimentos – inicialmente, os estudantes estão muito concentrados no seu desempenho porque todas as experiências são novas para eles. À medida que vão ganhando maior segurança na realização das mesmas, vão conseguindo estar mais despertos para o que acontece em seu redor e para o que “vai para além das técnicas”. Este facto foi referido claramente por vários participantes do 4º ano ao longo das entrevistas e está de acordo com o defendido por P. Benner ao afirmar que os estudantes vão aprendendo com a prática e com a experiência ^{(11) (109)}. Na mesma linha de pensamento, O. Fernandes também defende que o acumular de experiências na prática possibilita a aquisição de saberes para agir ⁽³⁹⁾.

Neste sentido, M. Josso sustenta que a formação se faz, essencialmente, por quatro vias: por meio da reflexão sobre os percursos pessoais; na relação com os outros numa aprendizagem conjunta que faz apelo à consciência, aos sentimentos e às emoções; por intermédio das coisas (saberes, técnicas) e pela compreensão crítica ⁽¹¹⁰⁾.

É, ainda, de sublinhar que tudo o que foi referido está de acordo com estudos já realizados e com a literatura consultada, em que é enfatizada a influência dos conhecimentos de ética, das discussões de grupo, das discussões de casos e das experiências no desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão ^{(94) (95) (98) (111) (112)}.

Outro factor que tem uma influência marcante no desenvolvimento dos estudantes é, sem dúvida, o tipo de orientação dada pelo professor e/ou pelo orientador clínico, o que está em concordância com estudos realizados. Saliente-se o efectuado por M. Rocha em que a maioria dos estudantes enfatizou a influência do professor no desenvolvimento da sua competência ética ⁽⁷²⁾.

Os estudantes progridem quando as questões éticas são valorizadas, debatidas e reflectidas, ou seja, quando o professor/orientador lhes dá a devida atenção e proporciona tempo para dedicarem às situações que vão surgindo. Este influi não só no desenvolvimento da capacidade de identificarem os problemas, mas também na forma como vão aprofundando a sua capacidade de reflexão e desenvolvendo o seu espírito crítico e a capacidade para tomar decisões. Segundo várias referências dos participantes, o professor pode “ajudar a pensar”, reflectir em conjunto com eles sobre o que não é correcto numa determinada situação, quais as opções possíveis e qual a decisão mais adequada. Neste sentido, recorde-se o estudo de M. Simões já referenciado anteriormente, no qual procurou compreender a influência do debate em grupo na valorização do humano por parte dos estudantes, tendo concluído que havia uma alteração nas atitudes e comportamentos dos mesmos ⁽⁴⁹⁾.

A influência do professor/orientador também é determinante na acção uma vez que, de acordo com o transmitido pelos próprios participantes neste estudo, só conseguem agir quando se sentem “apoiados”. Aliás, esta é uma ideia verificada na comparação com a literatura, nomeadamente no estudo realizado por C. Bradbury-Jones, S. Sambrook e F. Irvine no Reino Unido, onde é referido que o facto de se sentirem compreendidos pelos “mentores” constituiu um pré-requisito para a negociação de experiências de aprendizagem apropriadas e para que os estudantes se sentissem capazes de utilizar as suas capacidades ⁽¹⁰²⁾.

Outro aspecto que se evidenciou é o facto de o professor/orientador ser, na maioria das situações, a pessoa que os estudantes procuram quando se apercebem da existência de um problema ético. Por isso, é fundamental ter sempre em linha de conta que o professor/orientador deve ser um modelo, no sentido de educar pelo exemplo o que foi, aliás mencionado por vários dos participantes e confirmado na literatura ^{(100) (103) (104) (108)}.

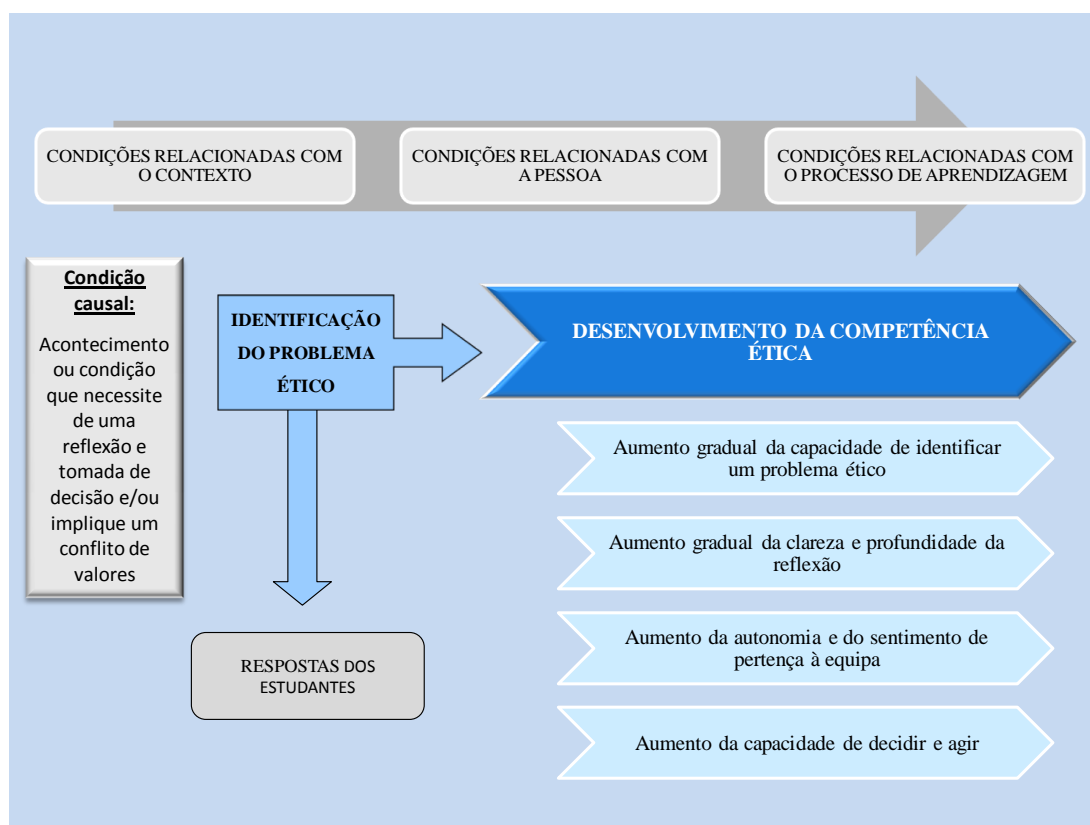
O professor é modelo de atitudes, já que estas se aprendem sobretudo pela imitação, existindo mesmo alguns autores que falam de uma ética baseada na relação, mais do que em teorias ou códigos normativos, o que significa que a ética se ensina sobretudo com o exemplo e na prática ^{(52) (113)}.

Na mesma linha de pensamento, L. Nunes salienta que o exemplo é um dos meios de que se dispõe para promover um agir na perspectiva dos valores, chegando a alvitrar que talvez seja o único. Acrescenta que pode ser transformador e que os

valores podem ser estimulados, razão pela qual se procuram profissionais de “boas práticas” para orientarem os estudantes, dado constituírem uma referência ⁽¹¹⁴⁾.

No sentido de mostrar de uma forma clara e sistematizada a teoria desenvolvida, elaborou-se um esquema do processo de desenvolvimento da competência ética nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Figura 22 – Esquema do processo de desenvolvimento da competência ética nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem



Importa, porém, sublinhar que nenhuma das condições mencionadas intervém isoladamente e que todas elas assumem um valor relativo, ou seja, o desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem não se processa da mesma forma em todos eles e não depende apenas da presença de uma condição. Por isso se explica, por exemplo, o facto referido por vários participantes de, apesar de já terem acumulado alguma experiência, quando chegam ao final do curso ainda demonstram grande dificuldade em lidar com situações novas e imprevistas.

Vários estudantes referiram que se sentem inseguros mesmo em relação à realização de técnicas, sempre que as executam pela primeira vez, o que faz com que haja algum retrocesso na identificação dos problemas éticos. Isto é, quando têm de realizar determinadas técnicas novas voltam a estar de tal forma concentrados nas mesmas que, caso se passe alguma situação que possa ser um problema ético, podem não se aperceber da sua existência. Estas constatações estão de acordo com o estudo de P. Benner, segundo o qual pode existir um retrocesso no nível de competência sempre que haja uma mudança, podendo um enfermeiro considerado perito voltar a ser um principiante (iniciado), por exemplo quando muda de serviço ⁽¹¹⁵⁾.

Em síntese, verifica-se que há um aumento gradual da capacidade de identificar um problema ético ao longo do curso o que depende de todas as condições intervenientes já mencionadas; há um incremento gradual da capacidade e profundidade da reflexão; existe geralmente um aumento da autonomia e do sentimento de pertença à equipa e um aumento da capacidade de decidir e agir.

Além disso, verifica-se que os estudantes se vão tornando cada vez mais capazes de analisar as situações de uma forma mais flexível e mais independente, no sentido em que nos anos mais avançados do curso referem que pensaram sobre as situações e consideraram a singularidade das mesmas. Já conseguem reflectir, por vezes, individualmente, e sem a ajuda do professor/orientador e já o fazem tendo em conta cada caso concreto, conseguindo libertar-se um pouco das normas e das regras sem, no entanto, as esquecer ou ignorar. Também já se nota um certo sentido de responsabilidade em relação às suas acções, verificando-se que conhecem o âmbito e o limite das mesmas e já são capazes de assumir determinadas tomadas de decisão e acções. Como exemplo disso, existem estudantes que já conseguem tomar algumas iniciativas, nomeadamente, esclarecer os doentes e dialogar com os profissionais no sentido de encontrar soluções para determinados casos ou mesmo de exporem o que pensam sobre estes.

Contrariamente, nos estudantes dos primeiros anos, verifica-se que muitas das vezes se limitam a comentar que as situações não estavam correctas e procuram muito o apoio do professor/orientador. Quando não o conseguem, reflectem em conjunto uns com os outros e apoiam-se mutuamente.

Estas diferenças entre os estudantes da realidade em estudo estão em completa sintonia com o defendido por W. Perry no modelo de desenvolvimento intelectual e ético, segundo o qual os estudantes passam por um processo de desenvolvimento em

que os estádios se referem a formas relativamente estáveis e as formas menos estáveis que medeiam entre os estádios são denominadas de transições. Nesse processo, os estudantes vão evoluindo, gradualmente, de uma posição absolutista – na qual o conhecimento é visto como absoluto e imutável e a autoridade dos professores não é questionada – para uma posição relativista – na qual os estudantes já compreendem a relatividade das situações, a necessidade de alguma flexibilidade e também já questionam e assumem alguma forma de compromisso pessoal ⁽¹¹⁶⁾.

Não deve ignorar-se que a personalidade do estudante, a família onde está inserido, a cultura e a sociedade a que pertence, bem como os valores em que acredita são determinantes em todo o processo como, aliás, já foi enfatizado. Deste modo se explica o facto de alguns estudantes conseguirem identificar um problema que outros não reconhecem, apesar de se encontrarem na mesma fase do curso. Da mesma forma, existem estudantes que conseguem procurar o apoio do orientador clínico/pedagógico para decidir e agir, enquanto outros colegas do mesmo ano não “se sentem com coragem para o fazer”.

Importa, ainda, salientar que, apesar de se verificar o padrão de desenvolvimento descrito, existem os chamados “casos negativos”, aos quais foi sendo feita referência ao longo do estudo.

É, ainda, de salientar que o desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem aqui estudado está em completa harmonia com estudos realizados, como é o caso paradigmático do modelo de aquisição de competências de P. Benner ⁽¹¹⁵⁾.

4.1 REFERÊNCIAS

11. BENNER, Patricia [et al]. *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco: Jossey- Bass, 2010. ISBN 978-0-470-45796-2.
13. SINI-BERTHOLET, Christiane. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Rôle de la formation initiale et de l'expérience professionnelle. <http://membres.lycos.fr/christianesini/Doctorat/Glossaire.pdf>. [Online] 2000 [Citação: 23 de Maio de 2007].
21. HESBEEN, Walter. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

23. FAUSTINO, Maria Filomena Fonseca da Costa Oliveira Filipe. *A competência como novo paradigma curricular no ensino superior: um estudo exploratório de inovação pedagógica para o desenvolvimento de competências*. Lisboa: Departamento de Economia, 2009. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do grau de mestre.
39. FERNANDES, Olga. *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-36-3.
49. SIMÕES, Mário Manuel Monteiro. *Humanização dos cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. Braga: Faculdade de Filosofia, 2005. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Filosofia, especialização em Bioética.
50. BLONDEAU, Danielle. *Éthique et soins infirmiers*. 2^{me} ed. Québec: Les Presses de L'Université de Montréal, 2006. ISBN 2-7606-1740-8.
52. NUMMINEN, Olivia; AREND, Arie van der & LEINO-KILPI, Helena. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. [ed.] Sage Publications. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 1, pp. 69-82.
69. FIGUEIREDO, Abílio. *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa, 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.
72. ROCHA, Maria Lúcia. *Repensar o ensino de enfermagem: para enfrentar os novos desafios da bioética*. Porto: Faculdade de Medicina, 2003. Dissertação apresentada à Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Bioética.
74. CALLISTER, Lynn [et al]. Ethical reasoning in capstone students. *International Journal for Human Caring*. 2004, Vol. 8: 2, pp. 54-60.
80. BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press, 1986. ISBN 0-520-05676-0.
84. CORBIN, Juliet & STRAUSS, Anselm. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008. ISBN 978-1-4129-0644-9.
91. GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional*. 15^a ed. Camarate: Sociedade Industrial Gráfica, 2010. ISBN 978-989-644-090-9.

94. AUVINEN, Jaana [et al]. The development of moral judgement during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bnh&AN=101769&app;lan=pt-br&site=ehost-live>. [Online] 2004 [Citação: 4 de Novembro de 2007].
95. DINÇ, Leyla & GÖRGÜLÜ, Refia Selma. Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 259-268.
96. NOLAN, Peter W. & MARKET, Doreen. Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 243-258.
97. KIM, Yon'g-Soon [et al]. A longitudinal study on the development of moral judgement in Korean nursing students. *Nursing Ethics*. 2004, Vol. 11: 3, pp. 254-265.
98. NUMMINEN, Olivia H. & LEINO-KILPI, Helena. Nursing students' ethical decision-making: a review of the literature. *Nursing Education Today*. 2007, Vol. 27, pp. 796-807.
99. NUSSBAUM, Martha. *Upheavals of thought – the intelligence of emotions* . Cambridge: Cambridge University Press, 2003. ISBN 0-521-53182-9.
100. PAULINO, Manuel do Nascimento Silva. Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2007, Vol. 16, pp. 24-31.
101. MESTRINHO, Maria de Guadalupe. Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional. *Formação em Enfermagem*. APE, 2000, pp. 13-62.
102. BRADBURY-JONES, Caroline; SAMBROOK, Sally & IRVINE, Fiona. The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 59, pp. 342-351.
103. CARVALHO, António Luís. *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. ISBN 972-771-757-8.
104. BANDURA, Albert. *Psychological modeling: conflicting theories*. USA: Library of congress, 2009. ISBN 978-0-202-30848-7.
105. POSTIC, Marcel. *La relación educativa: factores institucionales, sociológicos e culturales*. 2ª ed. actualizada. Madrid: Narcea SA de Ediciones, 2000. ISBN 84-277-1331-2.

106. MALGLAIVE, Gerard. *Ensinar adultos: trabalho e pedagogia*. 2ª ed. Porto: Porto Editora, 1995. ISBN 978-972-0-34116-7.
107. FERREIRA, Manuela Maria Conceição. Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/431>. [Online] 2005 [Citação: 8 de Março de 2011].
108. JEFFREYS, Marianne R. *Nursing student retention: understanding the process and making a difference*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2004. ISBN 0-8261-3445-9.
109. BENNER, Patricia; TANNER, Christine & CHESLA, Catherine. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement & ethics*. 2nd edition. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-2544-6.
110. JOSSO, Marie Christine. *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa, 2002. ISBN 9789728036386.
111. CASSELLS, J. M. & REDMAN, B. K. Preparing students to be moral agents in clinical nursing practice. *Nursing Clinics of North America*. 1989, Vol. 24: 2, pp. 463-473.
112. KRAWCZYK, Rosemar. Teaching ethics: effect on moral development. *Nursing Ethics*. 1997, Vol. 4: 1, pp. 57-65.
113. THOMPSON, Faye E. Moving from codes of ethics to ethical relationships for midwifery practice. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9, pp. 522-536.
114. NUNES, Lucília. A especificidade da enfermagem. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.
115. BENNER, Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing and practice*. Commemorative edition. London: Prentice-Hall International, 2001. ISBN 0-13-032522-8.
116. PERRY, William G. *Forms of ethical and intellectual development in the college years: a scheme*. San Francisco: Jossey-Bass, 1970. ISBN 0-7879-4118-2.

5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Ao finalizar, salientam-se as principais conclusões e fazem-se algumas sugestões com base nos resultados, não só no sentido de intervenções que poderão melhorar o desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem, mas também relativas a estudos que se considera importante efectuar num futuro.

Do estudo realizado emergiram oito categorias: (i) percepção do problema ético; (ii) manifestações cognitivas; (iii) manifestações afectivas; (iv) modos de reflexão; (v) conteúdos de reflexão; (vi) factores influentes; (vii) congruência entre reflexão e acção; e (viii) factores que influenciam a acção. Em relação a cada uma delas foram especificadas as suas subcategorias e salientadas as diversas propriedades e dimensões.

De um modo geral, verifica-se que há um aumento gradual da competência ética dos estudantes ao longo do curso, quer no que se refere à capacidade de identificação de um problema ético, quer no que diz respeito à forma como reflectem e tomam decisões e mesmo como agem perante as situações.

Nota-se que os estudantes conseguem identificar os problemas mais comuns e os mais simples, denotando alguma dificuldade relativamente às situações mais raras e complexas. Porém, verifica-se que os estudantes dos primeiros anos do curso reconhecem mais facilmente os problemas que são muito evidentes enquanto os que se encontram no final já conseguem identificar alguns mais subtis. A este propósito, importa salientar que muitas vezes é o facto de as questões serem demasiado evidentes que leva os estudantes a identificá-las e reflectir sobre as mesmas.

Numa fase inicial do curso, os estudantes apenas conseguem identificar os problemas quando não estão ocupados na realização de cuidados, visto que ainda se têm de concentrar muito no seu desempenho. Numa fase posterior, começam a ser capazes de reconhecer a existência de um problema durante a realização dos cuidados, mas estão ainda muito centrados apenas nos doentes a seu cargo, pelo que, geralmente, só se apercebem das situações quando as mesmas estão directamente

relacionadas com aqueles. No final do curso, já demonstram capacidade de identificar as situações problemáticas que se passam nos serviços onde estão a realizar os ensinamentos clínicos, independentemente das mesmas dizerem ou não respeito aos doentes que estão ao seu cuidado.

Isto significa que, à medida que vão adquirindo experiência e sendo capazes de realizar os cuidados de enfermagem com uma maior segurança, os estudantes vão também conseguindo centrar-se mais na pessoa do doente e aperceber-se das condições do ambiente que os rodeia, bem como das situações que podem constituir problemas éticos.

Todavia, sempre que se vêem confrontados com a realização de novos procedimentos, geralmente não conseguem estar devidamente despertos para os problemas éticos, uma vez que concentram novamente a sua atenção naquilo que estão a “fazer” pelas primeiras vezes.

Após a identificação do problema, as respostas imediatas dos estudantes são na maioria das vezes de natureza afectiva, tendo-se verificado que os sentimentos e as emoções são diversos e vão desde a compaixão pelo doente à revolta pelos comportamentos de alguns profissionais ou mesmo à desilusão ou a alguma confusão geradas pelas discrepâncias encontradas entre a teoria e a prática.

O tipo de reflexão também vai evoluindo durante o curso e, enquanto os estudantes dos primeiros anos se limitam muitas vezes a reconhecer comportamentos que consideram inadequados, os dos últimos já fazem uma reflexão mais profunda, tendo o cuidado de ponderar entre as várias alternativas possíveis e vantagens e desvantagens de cada uma delas. Nota-se que nos primeiros anos têm um pensamento pouco flexível e muito baseado nos conhecimentos teóricos e nas regras gerais, enquanto no final do curso já conseguem relativizar as situações e reflectir tendo em atenção a singularidade de cada situação. Além disso, os estudantes no início do curso reflectem geralmente em conjunto com os colegas e/ou professor/orientador, demonstrando ainda pouca capacidade para o fazerem sem o apoio de outros. Pelo contrário, à medida que se aproximam do final do curso, vão evidenciando uma maior segurança e já conseguem reflectir individualmente o que, aliás, acontece com muita frequência.

A capacidade de agir também vai aumentando ao longo do curso e os estudantes que se encontram numa fase mais adiantada já são capazes de tomar algumas decisões e agir de acordo com as mesmas. No entanto, de um modo geral,

nunca o fazem sem antes procurarem o professor e/ou o orientador, o que demonstra que têm a noção dos seus limites.

Há uma série de factores que influenciam não só a capacidade de identificação de problemas éticos, como também a própria reflexão, decisão e acção, nomeadamente, os conhecimentos adquiridos, as actividades desenvolvidas, a experiência acumulada durante os ensinos clínicos, a discussão de casos concretos, o tipo de orientação e o próprio contexto onde se desenvolvem os ensinos clínicos.

Efectivamente, a capacidade de reconhecer os problemas éticos e até mesmo o tipo de situações identificadas estão muito relacionados com os conhecimentos acumulados durante os períodos teóricos e com o tipo de actividades desenvolvidas em ensino clínico, conforme foi possível compreender ao longo deste estudo.

Outro factor que se verificou influenciar o desenvolvimento da competência ética tem a ver com as experiências adquiridas em termos de procedimentos e também relativamente aos problemas éticos já presenciados ou vividos. A discussão de casos concretos foi também referenciada por várias vezes pelos participantes como sendo fundamental para o seu desenvolvimento.

O professor/orientador exerce uma grande influência em todo o processo, uma vez que não só pode chamar a atenção dos estudantes para a presença de um problema ético, como também apoiá-los nas reflexões que fazem e ajudá-los na tomada de decisão e na acção. De facto, os participantes no estudo referiram que quando se sentem apoiados pelo professor/orientador, conseguem exprimir as suas preocupações e agir muitas vezes em congruência com o que pensam ser o adequado. Aliás, verifica-se que os estudantes têm tendência de procurar sempre quem tem o poder de decisão e a experiência, no sentido de serem ajudados quer na reflexão quer na própria acção.

Os contextos onde se desenvolvem os ensinos clínicos são outra das condições intervenientes no processo de desenvolvimento da competência ética dos estudantes, não só no sentido do acontecimento mais ou menos frequente de situações problemáticas, mas também da forma como os estudantes são acolhidos pelas equipas e como se sentem nos serviços. Com efeito, verifica-se que as equipas, quando são receptivas aos estudantes e estão despertas para as questões éticas, contribuem de forma positiva para a evolução destes. Pelo contrário, quando os estudantes se sentem como estranhos aos serviços, inibem-se de manifestar os seus pensamentos e evitam dialogar com as equipas. É de salientar que, algumas vezes, os

próprios professores aconselham alguma passividade perante o surgimento de situações problemáticas, pelo receio de gerar conflitos institucionais.

Uma constante sempre presente é a falta de poder sentida pelos estudantes, sobretudo pelos que frequentam os primeiros anos do curso, o que leva a que muitas das vezes não sejam capazes de agir, apesar de saberem qual o curso de acção mais adequado.

Outro aspecto muito referido pelos participantes no estudo é o facto de se sentirem perturbados por estarem constantemente a ser avaliados, o que condiciona a sua acção.

Pôde, ainda, verificar-se que os problemas mais referidos pelos participantes se relacionam com a falta de respeito por alguns dos direitos dos doentes, designadamente o direito à privacidade, à verdade, à informação e ao consentimento livre e esclarecido. Outro dos acontecimentos/factores desencadeantes de reflexão encontrados com bastante frequência relaciona-se com os comportamentos de alguns elementos das equipas, nomeadamente assistentes operacionais, enfermeiros e médicos. Também foram muito referenciados problemas relacionados com a insuficiente preparação para o regresso dos doentes a casa.

Um aspecto a salientar é que, de todos os participantes, apenas um fez explicitamente referência a documentos fundamentais, concretamente ao Código Deontológico do Enfermeiro, ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), às Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais e à Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Apesar disso, considera-se que os estudantes interiorizaram os conteúdos desses mesmos documentos, já que demonstram implicitamente o conhecimento dos mesmos, nomeadamente no que se refere aos direitos dos doentes e aos deveres dos enfermeiros. Neste sentido, parece que eles detêm o conhecimento, mas mostram alguma dificuldade em mobilizar este recurso, ou seja, a sua reflexão surge baseada nos conhecimentos que foram adquirindo mas falta-lhes a capacidade de relacionar com o estipulado nos referidos documentos. Na mesma linha de pensamento, podem não fazer uma utilização adequada dos mesmos como guias orientadores da reflexão e tomada de decisão.

Sublinha-se que estas conclusões dizem respeito a um padrão de desenvolvimento e recorda-se, mais uma vez, que os “casos negativos” foram sempre tidos em atenção ao longo do estudo.

Após se salientar as principais conclusões do estudo, com base nos resultados que dele emergiram, importa agora deixar sugestões.

Neste sentido, começa-se por alvitrar algumas intervenções que poderão contribuir para melhorar o desenvolvimento da competência ética dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores.

Assim, sugerem-se algumas alterações relacionadas com o contexto e também com o processo ensino/aprendizagem.

Uma das sugestões é no sentido de se criarem laboratórios com condições adequadas, onde os estudantes tenham oportunidade de treinar técnicas e procedimentos de modo a adquirirem uma maior segurança na sua realização. Conforme se verificou, só após a repetição dos procedimentos e a consequente experiência que vão adquirindo é que eles conseguem estar mais atentos aos doentes, aperceber-se do ambiente circundante e reconhecer problemas éticos. Sendo assim, torna-se prioritária a aquisição de um maior número e diversidade de experiências antes de irem para os campos de ensino clínico. No entanto, não se deve ignorar que a existência desses laboratórios não constitui a solução, já que os estudantes vão sempre deparar-se com a novidade e com primeiras experiências quando vão para os campos de ensinos clínicos. Neste sentido, os professores devem enfatizar junto dos estudantes a diferença entre o simulado e o real e, sobretudo chamar a atenção deles para o facto de que vão cuidar de pessoas.

É também fundamental que os estudantes interiorizem a importância de conhecerem e terem presentes os conteúdos de documentos fundamentais que se constituem como guias orientadores na reflexão, tomada de decisão e acção. Assim sendo, apesar de nos períodos teóricos se efectuar uma análise detalhada do Código Deontológico do Enfermeiro, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), das Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais e da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, entre muitos outros documentos, sugere-se que passem a ser referenciados com mais frequência e no decurso de várias unidades curriculares. É também um aspecto a ter em conta durante os ensinos clínicos, no sentido de levar os estudantes a relacionarem o aprendido teoricamente com as situações concretas que presenciam e vivem.

Outra sugestão refere-se a criar mais espaços de reflexão e debate sobre situações concretas ao longo dos ensinos clínicos. Neste sentido, sugere-se que os mesmos sejam planeados de modo a proporcionar reflexões sobre situações reais e

experiências que possam contribuir para desenvolver a competência ética dos estudantes, desde a capacidade de identificação de problemas, à profundidade da reflexão e tomada de decisão. É fundamental passar além dos conceitos teóricos e discussões em sala de aula e promover na prática a reflexão sobre situações concretas, isto é, passar da retórica sobre a importância da educação ética para ações e valorizar mais esta vertente nos ensinamentos clínicos dos estudantes. Além disso, aconselham-se também reuniões periódicas e conjuntas com os estudantes de todos os anos do curso para discutir casos concretos que vivenciem em ensino clínico, o que certamente conduzirá a um enriquecimento sobretudo dos que estão a frequentar os primeiros anos. Além disso, a realização destes debates poderá ajudar todos os estudantes a estarem mais atentos a problemas éticos durante os ensinamentos clínicos.

Como se verificou os professores e orientadores exercem uma influência significativa em todo o processo, não só pela forma como valorizam mais ou menos as questões éticas, mas também porque são eles que têm o poder, cuja falta os estudantes referem tão frequentemente. Além disso, os professores/orientadores tornam-se modelos para os estudantes na forma como lidam com as questões éticas na prática. Por isso, outra sugestão será a de sensibilizá-los para os problemas éticos que poderão surgir no dia-a-dia, por exemplo convidando-os a estarem presentes nos debates com os estudantes. Além disso, também se podem promover ações de formação junto dos professores/orientadores para que eles próprios desenvolvam o seu espírito crítico e reflexivo e a capacidade de identificar os problemas, reflectir sobre eles e tomar decisões adequadas.

Considera-se, ainda, necessária uma reflexão sobre a forma como é feita a avaliação dos estudantes em ensino clínico e sobre a valorização das diferentes vertentes avaliadas, de modo a que não se verifique uma supremacia das técnicas em detrimento das relacionais e éticas.

Feitas as sugestões consideradas mais prioritárias, no sentido de se contribuir para melhorar o desenvolvimento da competência ética dos estudantes, resta sublinhar que esta teoria diz respeito a um determinado contexto e, portanto, com um número de variáveis e um alcance restrito. Neste caso, circunscreve-se aos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores. Considera-se, no entanto, que poderá constituir um contributo para o estudo do desenvolvimento da competência ética dos estudantes em geral.

Efectivamente, apesar da especificidade do local onde foi desenvolvido o estudo, sugere-se a realização de mais investigação deste género em escolas de enfermagem ou mesmo em outras instituições de ensino superior que formem profissionais de saúde, não só no sentido de comparar com os resultados obtidos, mas também de aprofundar a compreensão desta temática, alargar o seu estudo a outras realidades e contextos, descobrir novos conceitos ou estudar outras questões relacionadas.

Embora conhecer os problemas éticos que acontecem em maior número durante os ensinos clínicos dos estudantes não fosse um dos objectivos deste estudo, até porque já existem alguns autores que investigaram esta temática em Portugal, verificou-se que há determinado tipo de problemas que se repetem muito frequentemente. Neste sentido, e pelo interesse que se considera ter este tema, sugere-se a realização de mais estudos relacionados. Seria também importante a realização de trabalhos de investigação no sentido de se perceber quais os factores que mais contribuem para a existência de problemas éticos nos serviços, se os profissionais têm consciência das situações problemáticas e como se apercebem das mesmas, como respondem perante os problemas que surgem, se os discutem em equipa e procuram encontrar as soluções mais adequadas, se tomam decisões e que comportamentos adoptam quando se confrontam com os problemas.

Sugere-se, ainda, a realização de estudos relacionados com a análise de acontecimentos ou factores desencadeantes de reflexão ética por parte dos estudantes, com o impacto dos problemas nos estudantes e com as suas emoções e sentimentos, uma vez que foram aspectos que se salientaram neste estudo e que esta área ainda está pouco estudada, conforme se verificou na literatura consultada.

Outra questão que emergiu deste estudo, e comprovada na literatura consultada, relaciona-se com a falta de poder sentida pelos estudantes durante os ensinos clínicos, pelo que se torna fundamental a realização de investigação que possa contribuir para que se encontrem estratégias facilitadoras da diminuição daquele sentimento e, conseqüentemente, da expressão dos pensamentos dos estudantes.

A educação tem um impacto positivo na tomada de decisão ética, mas é necessária mais investigação no sentido de compreender múltiplos aspectos da mesma e de providenciar um maior conhecimento para desenvolver a educação nesta área. Por exemplo, sugere-se a realização de estudos com os professores e

orientadores, uma vez que estes têm um papel fundamental no processo de aprendizagem dos estudantes e no desenvolvimento da competência ética.

Além disso, durante a pesquisa de bibliografia efectuada ao longo de todo o estudo, foi possível comprovar que a investigação relacionada com o desenvolvimento da competência ética é ainda bastante escassa, pelo que se sugere a realização de mais estudos nesta área que possam contribuir para um maior desenvolvimento dos estudantes e dos profissionais de saúde, para uma diminuição da ocorrência de problemas éticos e para uma maior qualidade e excelência dos cuidados.

Em síntese, conclui-se de todo o estudo que os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da Universidade dos Açores desenvolvem a competência ética ao longo do curso, verificando-se que a sua capacidade de identificar problemas, de reflectir sobre eles e de tomar decisões vai aumentando ao longo do mesmo. Constatou-se que existem várias condições intervenientes que facilitam ou, pelo contrário, dificultam o seu desenvolvimento. Neste sentido, importa, a partir dos resultados que foram emergindo e das conclusões retiradas, intervir dentro do possível sobre aquelas condições, de modo a tentar minimizar as que dificultam o progresso dos estudantes e maximizar as que o facilitam.

Por isso, são feitas algumas sugestões relativamente a possíveis alterações que deverão ser feitas no processo ensino/aprendizagem dos estudantes.

Apesar de ter sido desenvolvida uma teoria circunscrita a uma realidade de pequena dimensão e num contexto específico, pensa-se que constituirá um contributo para o desenvolvimento de uma teoria mais alargada. Efectivamente, este poderá ser o ponto de partida para a realização de vários estudos que se complementem e que conduzam a uma teoria de médio alcance, sobre o desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem, ou mesmo a uma teoria formal.

Além disso, fazem-se também várias sugestões relativamente a investigação relacionada com a temática aqui estudada, tendo em conta que da mesma surgiram novas questões e, consequentemente, a necessidade de investigar mais neste campo.

Para finalizar, defende-se que cada estudo acrescenta conhecimento aos que já existem, acredita-se que este também possa dar o seu contributo nesse sentido e espera-se continuar a estudar e que surjam também outros estudos. Da

complementaridade de todos resultará certamente um ganho para os estudantes, para os enfermeiros, para os doentes e para a excelência dos cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. Code of ethics for nurses. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx>. [Online] 2001 [Citação: 14 de Março de 2011].

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. *Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto*.

ASSOCIAÇÃO CATÓLICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SAÚDE. *Código de deontologia para profissionais de enfermagem*. Lisboa: s.n., 1973.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS CATÓLICOS. *Código de deontologia dos profissionais de enfermagem*. Lisboa: s.n., 1961.

AUVINEN, Jaana [et al]. The development of moral judgement during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bnh&AN=101769&site=ehost-live>. [Online] 2004 [Citação: 4 de Novembro de 2007].

BANDURA, Albert. *Psychological modeling: conflicting theories*. USA: Library of congress, 2009. ISBN 978-0-202-30848-7.

BAXTER, Pamela & BOBLIN, Sheryl. The moral development of baccalaureate nursing students: understanding unethical behavior in classroom and clinical settings. *Journal of Nursing Education*. 2007, Vol. 46, pp. 20-27.

BENNER, Patricia. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing and practice*. Commemorative edition. London: Prentice-Hall International, 2001. ISBN 0-13-032522-8.

BENNER, Patricia [et al]. *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco: Jossey- Bass, 2010. ISBN 978-0-470-45796-2.

BENNER, Patricia, TANNER, Christine & CHESLA, Catherine. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement & ethics*. 2nd edition. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-2544-6.

BEVIS, Olívia & WATSON, Jean. *Toward a care curriculum: a new pedagogy for nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2000. ISBN 0-7637-1248-5.

BLONDEAU, Danielle. *Éthique et soins infirmiers*. 2^{me} ed. Québec: Les Presses de L'Université de Montréal, 2006. ISBN 2-7606-1740-8.

BLUMER, Herbert. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley: University of California Press, 1986. ISBN 0-520-05676-0.

BRADBURY-JONES; Caroline; SAMBROOK, Sally & IRVINE, Fiona. The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 59, pp. 342-351.

CALLISTER, Lynn [et al]. Ethical reasoning in capstone students. *International Journal for Human Caring*. 2004, Vol. 8: 2, pp. 54-60.

CAMERON, Miriam; SCHAFFER, Marjorie & PARK, Hyeoun-Ae. Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models . *Nursing Ethics*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=>. [Online] 2001 [Citação: 2 de Dezembro de 2007].

CARVALHO, António Luís. *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004. ISBN 972-771-757-8.

CASSELLS, J. M. & REDMAN, B. K. Preparing students to be moral agents in clinical nursing practice. *Nursing Clinics of North America*. 1989, Vol. 24: 2, pp. 463-473.

CHARMAZ, Kathy. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006. ISBN 10 7619 7353 2.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5^a ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 978-972-757-109-3.

—. *Soigner... le premier art de la vie*. 2^{me} ed. Paris: Masson, 2001. ISBN 2-294-00555-4.

CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

CONSELHO JURISDICIONAL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Recomendações relativas ao ensino da ética e deontologia no curso de Enfermagem*. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2006, Vol. 23, pp. 14-20.

CORBIN, Juliet & STRAUSS, Anselm. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008. ISBN 978-1-4129-0644-9.

COSTA, Alberto. *Enfermagem: guia da enfermeira profissional e auxiliar do médico prático*. 2^a ed. Coimbra: Livraria Moura Marques, 1942.

DAMÁSIO, António R. *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem-Martins: Publicações Europa-América, 2003. ISBN 9789721052291.

DENEKENS, Joke & ROSSUM, Herman van. Competency based learning in the bachelor – master structure: an analysis and an example. http://www.porto.ucp.pt/feg/bolonha/docs/Reflectir_bolonha/sems/c1/03_hvrjd.pdf. [Online] [Citação: 23 de Janeiro de 2011].

DENZIN, Norman & LINCOLN, Yvonna. *The sage handbook of qualitative research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005. ISBN 0-7619-2757-3.

DI NAPOLI, Ricardo Bins. *Ética e compreensão do outro: a ética de Wilhelm Dilthey sob a perspectiva do encontro interétnico*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. ISBN 85-7430-155-8.

DIAS, Maria de Fátima. *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-14-3.

DINÇ, Leyla & GÖRGÜLÜ, Refia Selma. Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 259-268.

DUCKETT, Laura J. & RYDEN, Muriel B. Education for ethical nursing practice. [autor do livro] James R. Rest & Darcia Narváez. *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*. New Jersey: Taylor & Francis e-Library, 1994, pp. 51-70. ISBN 0-8058-1539-2.

FAUSTINO, Maria Filomena Fonseca da Costa Oliveira Filipe. *A competência como novo paradigma curricular no ensino superior: um estudo exploratório de inovação pedagógica para o desenvolvimento de competências*. Lisboa: Departamento de Economia, 2009. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Lisboa para obtenção do grau de mestre.

FERNANDES, Olga. *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-36-3.

FERREIRA, Manuela Maria Conceição. Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/431>. [Online] 2005 [Citação: 8 de Março de 2011].

FIGUEIREDO, Abílio. *Ética e formação em enfermagem*. Lisboa, 1998. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.

FRANÇA, Ana Paula. *A emergência da consciência bioética e o cuidar*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2003. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.

FREITAS, Genival Fernandes e FERNANDES, Maria de Fátima Prado. Ética e moral. [autor do livro] Taka Oguisso e Elma Zoboli. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. São Paulo: Editora Manole, 2006, pp. 45-60. ISBN 85-204-2339-6.

FRY, Sara T. & JOHNSTONE, Megan-Jane. *Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making*. 2nd. Oxford: International Council of Nurses, 2002. ISBN 0-632-05935-4.

GÂNDARA, Manuela. Dilemas éticos e processo de decisão. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 403-416. ISBN 972-603-326-8.

GASTMANS, Chris. A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9, pp. 494-507.

GILLIGAN, Carol. *In a different voice: psychological theory and women's development*. London: Harvard University Press, 1982. ISBN 0-674-44544-9.

GLASER, Barney G. & STRAUSS, Anselm L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter, 1967. ISBN 978-0-202-30260-7.

GODOY, Christine Baccarat de. O curso de enfermagem da universidade estadual de londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 10: 4. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=pt [Online] 2002 [Citação: 23 de Setembro de 2007].

GOLEMAN, Daniel. *Inteligência emocional*. 15^a ed. Camarate: Sociedade Industrial Gráfica, 2010. ISBN 978-989-644-090-9.

- GÓMEZ, Gregorio Rodriguez; FLORES, Javier Gil e JIMÉNEZ, Eduardo Garcia. *Metodologia de la investigación cualitativa*. 2ª ed. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999. ISBN 84-87767-56-7.
- GOULD, Dinah. Using vignettes to collect data for nursing research. *Journal of Clinical Nursing*. 1996, Vol. 5: 4, pp. 207-212.
- HAMRIC, Ann B. Ethics development for clinical faculty. *Nursing Outlook*. 2001, Vol. 49, pp. 115-117.
- HAN, Sung-Suk & AHN, Sung-Hee. An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2000, Vol. 7: 2, pp. 113-123.
- HESBEEN, Walter. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- HUNINK, Gert [et al]. Moral issues in mentoring sessions. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 4, pp. 487-498.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: Imprimerie Fornara, 2006. ISBN 92-95040-41-4.
- JACKSON, Alecia Y. & MAZZEI, Lisa A. *Voice in qualitative inquiry: challenging conventional, interpretative and critical conceptions in qualitative research*. New York: Taylor & Francis e-Library, 2009. ISBN 0-203-89188-0.
- JEFFREYS, Marianne R. *Nursing student retention: understanding the process and making a difference*. New York: Springer Publishing Company, Inc., 2004. ISBN 0-8261-3445-9.
- JOSSO, Marie Christine. *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa, 2002. ISBN 9789728036386.
- KIM, Yon'g-Soon [et al]. A longitudinal study on the development of moral judgement in Korean nursing students. *Nursing Ethics*. 2004, Vol. 11: 3, pp. 254-265.
- KINACH, Barbara M. Grounded theory as scientific method: Haig-inspired reflections on educational research methodology. *Philosophy of Education*. http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/95_docs/kinach.html. [Online] 1995 [Citação: 4 de Novembro de 2007].
- KOHLBERG, Lawrence. *Essays on moral development: the psychology of moral development*. San Francisco: Harper and Row, 1984.

- KRAWCZYK, Rosemar. Teaching ethics: effect on moral development. *Nursing Ethics*. 1997, Vol. 4: 1, pp. 57-65.
- KRAWCZYK, Rosemar & KUDZMA, Elisabeth. Ethics: a matter of moral development. *Nursing Outlook*. 1978, pp. 254-257.
- LANGONE, Melissa. Promoting integrity among nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2007, Vol. 46: 1, pp. 45-47.
- LE BOTERF, Guy. *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2003. ISBN 9788536301297.
- LIMA, Luísa. Atitudes: estrutura e mudança. [autor do livro] Jorge Vala e M. Benedicta Monteiro. *Psicologia social*. 8ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2010, pp. 187-225. ISBN 9789723108453.
- LOPES, Manuel José. *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Gráfica 2000, 1999. ISBN 9789729814907.
- . A metodologia da grounded theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2003, Vol. 8, pp. 63-74.
- . *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.
- LOURENÇO, Orlando e CÉSAR, Margarida. Teste de definir valores morais de James Rest: pode ser usado na investigação moral portuguesa? *Análise Psicológica*. 1991, Vol. 2: IX, pp. 185-192.
- MAGALHÃES, Maria da Assunção Gomes. *Formação prática do aluno de enfermagem: questões éticas*. Porto: Faculdade de Medicina, 2006. Dissertação apresentada à Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Bioética e Ética Médica.
- MALGLAIVE, Gerard. *Ensinar adultos: trabalho e pedagogia*. 2ª ed. Porto: Porto Editora, 1995. ISBN 978-972-0-34116-7.
- MARÇAL, Teresa. Compaixão e empatia. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 277-290. ISBN 972-603-326-8.
- MARSHALL, Catherine & ROSSMAN, Gretchen B. *Designing qualitative research*. 5th ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2011. ISBN 978-1-4129-7044-0.
- MASETTO, Marcos T. Ética, compromisso e competência. Revista Pucviva, São Paulo. http://www.apropucsp.org.br/revista/r27_r13.htm. [Online] 2006 [Citação: 3 de Outubro de 2007].

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical nursing: development & progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 0-7817-3673-0.

—. *Transitions theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe Picareta. Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional. *Formação em Enfermagem*. APE, 2000, pp. 13-62.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR. *Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março*.

MORIN, Edgar. *On complexity*. Paris: Hampton Press, 2008. ISBN 978-1-57273-801-0.

MORSE, Janice M. *Critical issues in qualitative methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. ISBN 0-8039-5043-8.

MOURA, Júlia. *Formação da consciência moral: consciencialização dos estudantes de enfermagem*. Lisboa, 2000. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem.

MOURA, Maria Lúcia Costa de. Ensino de competência e para competência na enfermagem. *Enfermeria Global: Revista electrónica semestral de enfermeria*. <http://www.um.es/global/6/06c02p.html>. [Online] 2005 [Citação: 3 de Novembro de 2007].

MUNHALL, Patrícia L. Moral development: a prerequisite. *Journal of Nursing Education*. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17302100&lang=pt-br&site=ehost-live>. [Online] 1982 [Citação: 4 de Novembro de 2007].

NEVES, Maria do Céu Patrão e BARCELOS, Marta. O ensino da “ética” nas escolas superiores de enfermagem: inquérito nacional. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 555-565. ISBN 972-603-326-8.

NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New edition revised and enlarged. London: Harrison and sons, 1860.

NOLAN, Peter W. & MARKET, Doreen. Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9: 3, pp. 243-258.

NUMMINEM, Olivia H.; AREND, Arie van der & LEINO-KILPI, Helena. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. [ed.] Sage Publications. *Nursing Ethics*. 2009, Vol. 16: 1, pp. 69-82.

NUMMINEN, Olivia H. & LEINO-KILPI, Helena. Nursing students' ethical decision-making: a review of the literature. *Nursing Education Today*. 2007, Vol. 27, pp. 796-807.

NUNES, Lucília. *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 9789728383305.

—. A especificidade da enfermagem. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.

—. Contributos da enfermagem para a bioética. De duas senhoras caminhando juntas. *Servir*. 2007, Vol. 3, pp. 86-90.

NUSSBAUM, Martha Craven. Cultivating humanity: a classical defense of reform in liberal education. http://books.google.pt/books?id=v3yZA1hMIZsC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=education&f=false [Online] 2003 [Citação: 3 de Novembro de 2010].

—. *Upheavals of thought – the intelligence of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. ISBN 0-521-53182-9.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto da ordem dos enfermeiros com a nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

—. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: s.n., 2001.

—. *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: s.n., 2006.

PACHECO, Susana. Competências éticas em enfermagem: uma revisão da literatura. *CuidArte*. 2008, Vol. 2: 1, pp. 79-84.

PACHECO, Susana e ROSA, Darci de Oliveira Santa. Importância do desenvolvimento de competências éticas na formação em enfermagem. *Nursing (Edição Portuguesa)*. 2009, Vol. 242, pp. 8-13.

PARK, Hyeoun-Ae [et al]. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2003, Vol. 10: 6, pp. 638-653.

PARSONS, Shaun; BARKER, Philip J. & ARMSTRONG, Alan E. The teaching of health care ethics to students of nursing in the UK: a pilot study. *Nursing Ethics*. 2001, Vol. 8: 1, pp. 45-56.

PAULINO, Manuel do Nascimento Silva. Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2007, Vol. 16, pp. 24-31.

PERRENOUD, Philippe. *Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude. Savoirs et compétences dans un métier complexe*. 2^{me} ed. Paris: ESF, 1999. ISBN 2-7101-1350-3.

—. *Construire des compétences dès l'école*. 4^{me} ed. Paris: ESF, 2008. ISBN 978-2-7101-1922-7.

PERRENOUD, Philippe & THURLER, Monica Gather. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 8536300213.

PERRY, William G. *Forms of ethical and intellectual development in the college years: a scheme*. San Francisco: Jossey-Bass, 1970. ISBN 0-7879-4118-2.

PETTINELLI, Mark. The Psychology of emotions, feelings and thoughts. <http://cnx.org/content/m14358/1.78/>. [Online] 2009 [Citação: 2 de Março de 2010].

POSTIC, Marcel. *La relación educativa: factores institucionales, sociológicos e culturales*. 2^a ed. actualizada. Madrid: Narcea SA de Ediciones, 2000. ISBN 84-277-1331-2.

QUEIROZ, Ana Albuquerque. Perspectiva histórica da constituição da profissão. [autor do livro] Maria do Céu Patrão Neves e Susana Pacheco. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 19-32. ISBN 972-603-326-8.

RENAUD, Isabel e RENAUD, Michel. Ética e Moral. [autor do livro] Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald. *Bioética*. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo, 1996, pp. 34-40. ISBN 972-22-1719-4.

REST, James R. *Guide for the definig issues test*. Minnesota: University of Minnesota: Center for the study of ethical development, 1987.

RIBEIRO, Lisete Fradique. *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa-Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995. ISBN 972-8036-11-6.

RICOEUR, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990. ISBN 2-02-011458-5.

ROCHA, Maria Lúcia. *Repensar o ensino de enfermagem: para enfrentar os novos desafios da bioética*. Porto: Faculdade de Medicina, 2003. Dissertação apresentada à Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Bioética.

ROLDÃO, Maria do Céu. *Gestão do currículo e avaliação de competências: as questões dos professores*. 5ª ed. Barcarena: Editorial Presença, 2008. ISBN 978-972-23-3086-2.

SCHÖN, Donald. *Educando o profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 8573076380.

SILVA, Ana Isabel. *A arte de enfermeiro. Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN 978-972-8704-99-5.

SIMÕES, Mário Manuel Monteiro. *Humanização dos cuidados de saúde e educação reflexiva em ensino clínico com recurso ao debate em grupo*. Braga : Faculdade de Filosofia, 2005. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Filosofia, especialização em Bioética.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES. *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Lisboa: s.n., 1996.

SINI-BERTHOLET, Christiane. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Rôle de la formation initiale et de l'expérience professionnelle. <http://membres.lycos.fr/christianesini/Doctorat/Glossaire.pdf>. [Online] 2000 [Citação: 23 de Maio de 2007].

STRAUSS, Anselm & CORBIN, Juliet. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN 0-8039-5939-7.

STREUBERT, Helen J. & CARPENTER, Dona Rinaldi. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincot William & Wilkins, 2011. ISBN 978-0-7817-9600-2.

STRONGMAN, Kenneth T. *A psicologia da emoção*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-114-2.

TAILLE, Yves de La. Construção da consciência moral. *Prima Facie*. 2008, Vol. 2, pp. 7-29.

TAILLE, Yves de La; SOUSA, Lucimara Silva de e VIZIOLI, Letícia. Ética e educação: uma revisão da literatura educacional de 1990 a 2003. *Educação e Pesquisa*. 2004, Vol. 30:1, pp. 91-108.

TEXTO DA DECLARAÇÃO DE BOLONHA: Declaração conjunta dos Ministros da Educação Europeus reunidos em Bolonha. <http://216.239.59.104/search?q=cache:XXEnSZmHnl0J:aauab.no.sapo.pt/bolonha/declaracaobolonha.pdf+declara%C3%A7>. [Online] 1999 [Citação: 2 de Outubro de 2007].

THOMPSON, Faye E. Moving from codes of ethics to ethical relationships for midwifery practice. *Nursing Ethics*. 2002, Vol. 9, pp. 522-536.

THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M. & BOYD, Kenneth M. *Nursing ethics*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006. ISBN 978 0 443 101 38 0.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. *Rev. Escola. Enfermagem – USP*. 1987, Vol. 21: 2, pp. 135-143.

VIEIRA, Margarida. *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Lisboa, 2002. Tese apresentada à Universidade Nova de Lisboa para obtenção do grau de doutor em Filosofia.

—. *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda, 2007. ISBN 972-54-0146-8.

WATSON, Jean. *Nursing: human science and human care: a theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 1999. ISBN 0-7637-1111-X.

—. *Nursing: the philosophy and science of caring*. revised edition. Boulder: University Press of Colorado, 2008. ISBN 978-0-87081-898-1.

ZARIFIAN, Phillippe. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora Senac, 2003. ISBN 8573593458.

ZOBOLI, Elma. *Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2003. Tese de doutorado apresentada à Universidade de São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização à Escola Superior de
Enfermagem de Ponta Delgada da
Universidade dos Açores

E. S. E. P. D.

Recebido em 17/07/2008

com o N.º 13514 Proc. Ind.

Respondido em 18/07/2008

Num.º ofício N.º _____

Autorizado
Ameli Feiub
(Presidente do C. Directivo)

Ao

Conselho Directivo da
Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada da
Universidade dos Açores

Encontro-me a fazer o doutoramento em Enfermagem na área de Educação em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa e a minha tese será relacionada com as competências éticas dos estudantes de enfermagem desta Escola. Como tal, a colaboração dos mesmos é muito importante para mim.

Assim, no âmbito do meu estudo, venho solicitar autorização para que possa proceder às necessárias colheitas de dados.

Ponta Delgada, 17 de Julho de 2008

Susana Pacheco
(Maria Susana França e Sousa Pacheco)

ANEXO II

Pedido de autorização ao Hospital do Divino
Espírito Santo

Hospital Divino Espírito Santo

Candida Benevides

Enfermeira Directora

22 MAR 2010

VB.K.13

Hospital Divino Espírito Santo

Autorizado

Candida Benevides

Enfermeira Directora

22/3/2010

22/3/2010

Candida Benevides

Ao Conselho de Administração
do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE
Avenida D. Manuel I
9500 PONTA DELGADA

Maria Susana França e Sousa Pacheco
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem
de Ponta Delgada da Universidade dos Açores
Rua de São Gonçalo
9504-538 PONTA DELGADA
Tel. 296 30 22 80 fax: 296 20 2285; telem. 916463967
E-mail: spacheco@uac.pt
Ponta Delgada, 21 de Março de 2010

Exmos Senhores

Neste momento, estou a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do doutoramento em Ciências de Enfermagem na especialidade de Educação, na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

A investigação enquadra-se na área das competências éticas, e o tema do estudo é "O Desenvolvimento da Competência Ética nos Estudantes de Enfermagem", trabalho que se reveste de particular relevância para a *Formação Inicial dos Enfermeiros*.

Os objectivos mais concretos do estudo são os seguintes:

- Identificar o momento ou momentos do curso a partir dos quais os estudantes reconhecem a existência de problemas éticos;
- Analisar o tipo de raciocínio feito pelos estudantes de enfermagem perante problemas éticos identificados;
- Relacionar a forma como os estudantes reflectem e tomam decisões perante problemas éticos com a fase de aprendizagem em que se encontram;
- Identificar factores facilitadores ou inibidores da análise, reflexão e tomada de decisão por parte dos estudantes;
- Analisar a congruência entre a reflexão e acção dos estudantes.

A análise da bibliografia consultada sobre a investigação feita neste campo e o tipo de metodologia do estudo requer que seja feita uma observação dos estudantes em contexto clínico, no sentido de: observar a capacidade dos estudantes na identificação de problemas éticos, a forma como reflectem sobre os mesmos e a congruência entre a reflexão e acção dos estudantes.

Neste contexto venho, por este meio, solicitar a V^{as} Ex^{as} autorização para que possa realizar as observações dos estudantes que, neste momento, estão a realizar os ensinos clínicos no Hospital do Divino Espírito Santo, EPE.

A recolha de dados será realizada apenas por mim e implicará apenas a observação do estudante em contexto clínico.

Os dados recolhidos serão divulgados no estudo final, sendo o anonimato dos seus protagonistas salvaguardado – estudantes e instituições de saúde. Mais informo que explicarei em cada serviço ao director(a) de serviço e enfermeiro(a) chefe a razão da minha presença e que já tenho em meu poder a autorização superior da Escola para colher dados junto dos estudantes.

Neste sentido, solicito a Vossas Excelências se dignem autorizar a realização da referida recolha de informação, a partir desta data e até ao final dos ensinos clínicos que neste momento estão a decorrer.

Caso me seja concedida a referida autorização, e porque o tempo é uma condicionante, solicito que me seja facultado o mais rápido possível a vossa resposta.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por V^{as} Ex^{as}, apresento os meus cordiais cumprimentos.

Susan Paels

Exma. Senhora
Enfª Mª Susana França e Sousa Pacheco
Professora Adjunta da Escola Superior de
Enfermagem de Ponta Delgada
Rua de São Gonçalo
9504-538 Ponta Delgada

| V/ Referência | Data | N/ Referência | Data |
|---------------|------|-----------------|------------|
| | | S-HDES/2010/771 | 2010-03-24 |

ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO "O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA
ÉTICA NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM"

Em resposta ao pedido apresentado para realização do Estudo em epígrafe,
cumpre-me informar que o mesmo foi autorizado.

Cumprimentos.

A Enfermeira Directora,

Cândida Maria da Costa Benevides

Cândida Maria da Costa Benevides

ANEXO III

Modelo de declaração de consentimento dos
participantes

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Maria Susana França e Sousa Pacheco, a frequentar o 3º Curso de Doutoramento em Enfermagem – Área de Educação, na Universidade Católica Portuguesa em Lisboa, pretende realizar um estudo de investigação sobre o desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem, sendo orientadora da tese a Professora Doutora Margarida Maria Vieira. Para o efeito, surgiu a necessidade de realizar entrevistas a estudantes de enfermagem dos vários anos do curso. Neste sentido, vem solicitar o seu consentimento, salvaguardando desde já que pretende cumprir rigorosamente os seguintes aspectos:

- a) O uso da informação é exclusivamente para este trabalho;
- b) O trabalho destina-se a compreender como se desenvolve a competência ética dos estudantes;
- c) A selecção dos participantes acontecerá de acordo com a investigação;
- d) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais;
- e) A colaboração dos participantes é voluntária e estes podem recusar continuar a participar em qualquer momento do estudo;
- f) A confidencialidade e a privacidade dos participantes serão salvaguardadas;
- g) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente ao estudo, os participantes podem contactar-me sempre que necessário;
- h) Após a transcrição das entrevistas, serão destruídas as respectivas gravações;
- i) Após a conclusão do estudo, serão destruídos todos os instrumentos de colheita de dados, bem como a obtenção do consentimento.

ANEXO IV

Guião de observação

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

| Objectivos | Momentos de observação | O que observar |
|--|--|--|
| Clarificar se os estudantes conseguem identificar problemas éticos presentes e não apenas os que já ocorreram em ensinos clínicos realizados anteriormente; | Prestação de cuidados (excepto cuidados de higiene e conforto) | Perceber se os estudantes respeitam a intimidade e privacidade dos doentes durante a prestação de outro tipo de cuidados, para além dos cuidados de higiene e conforto; |
| Clarificar se os estudantes não agem apenas por falta de poder ou insegurança para tomarem uma decisão ou se é também porque não têm capacidade para identificar o problema; | Passagens de turno | Ver/ouvir se os estudantes nos seus registos referem alguma situação relacionada com um problema ético e que atitude adoptam perante o mesmo; |
| Confirmar se os estudantes do 2º ano estão demasiado concentrados no seu desempenho, não se apercebendo dos problemas éticos durante a prestação de cuidados; | | Verificar se os estudantes se apercebem de algum problema ético enquanto ouvem as passagens de turno; |
| | Reuniões entre estudantes e professor/orientador | Perceber se é discutida alguma situação ou aspecto relacionado com um problema ético. NOTA: Realizar entrevistas informais sempre que seja necessário clarificar ou complementar dados colhidos através da observação |

ANEXO V

Modelo de vinhetas

Caros estudantes:

Como é do vosso conhecimento, estou a fazer o doutoramento em Enfermagem na área da Educação em Enfermagem. Nesse sentido, e tendo em conta que o objectivo central do meu estudo se relaciona com o processo de desenvolvimento dos estudantes ao longo do curso, não seria possível a realização do mesmo sem a vossa colaboração. Este é mais um dos instrumentos de dados que vou utilizar (constituído por 3 vinhetas), pelo que os que aqui ficarão registados são fundamentais. Por isso, vos peço o favor de lerem com atenção e tentarem responder a todas as questões de forma completa, justificando o que dizem e como se “estivessem a viver a situação”.

As vinhetas constam de pequenas histórias construídas a partir de casos concretos, seguidas de algumas questões.

Agradeço a vossa colaboração e recorde que este instrumento é anónimo, pelo que agradecia que colocassem apenas o ano do curso em que se encontram. Recorde, ainda, que se mantém a vossa liberdade de aceitar ou não continuar a colaborar no estudo.

Muito obrigada pela vossa colaboração

VINHETA 1

A Julieta é uma estudante que está a frequentar o 2º ano do curso de enfermagem e está a fazer ensino clínico num serviço de medicina em conjunto com outros colegas. Numa das manhãs, vai ajudar um colega a prestar cuidados de higiene e conforto à doente que está ao cuidado dele, uma vez que esta é completamente dependente. Entretanto, enquanto estão a dar banho à doente, a orientadora/professora corre as cortinas e começa a questionar a Julieta acerca de um outro doente que está ao seu cuidado.

Considera que há algum problema ético nesta história? Qual?

Que reflexão faz acerca desta situação?

Tente imaginar que é a estudante Julieta:

Que sentimentos pensa que iria experimentar perante esta situação? Por quê?

Como acha que agiria perante esta situação? Por quê?

VINHETA 2

A Maria é uma estudante do 4º ano que está em ensino clínico num serviço de medicina. Um dia, um senhor com cerca de 50 anos deu entrada no serviço com diagnóstico de fractura iminente do fémur. Durante o internamento, o senhor referia dores ligeiras, fazia a sua vida normal e era independente nas suas actividades de vida diárias, deambulando de cadeira de rodas para evitar a fractura.

Passados alguns dias de internamento, enquanto se prestavam os cuidados de higiene no leito, ocorreu a fractura da diáfise do fémur. Após a confirmação da fractura, foi também diagnosticada a presença de metástases ósseas sem conhecimento do tumor de origem.

Perante a situação e a calma manifestada sempre pelo doente, a estudante pensou que o senhor se encontrava num estadio de negação da sua situação actual ou que talvez ele não tivesse compreendido o seu diagnóstico. Porém, após algumas conversas tidas com o doente, a estudante apercebeu-se que ele não sabia o que realmente se estava a passar. O senhor vivia sozinho e todos os seus familiares viviam nos EUA, possuindo apenas apoio de um vizinho que tomava conta da casa quando este se ausentava.

Considera que há algum problema ético nesta história? Qual?

Que reflexão faz acerca desta situação?

Imagine que é a estudante Maria:

Que sentimentos pensa que iria experimentar perante esta situação? Por quê?

Como acha que agiria perante a mesma? Por quê?

VINHETA 3

O José é um estudante do 2º ano, está a fazer ensino clínico num serviço de cirurgia e ficou responsável por prestar cuidados a um senhor de 50 anos que fez amputação dos dedos dos pés, cuja cicatrização nunca aconteceu adequadamente, apresentando zonas de necrose e tecido desvitalizado. Durante a visita médica numa das manhãs, o José referiu que: “o médico disse ao doente que tinham de fazer uma limpeza mas não explicou quando é que ia ser feita nem que tipo de limpeza é que iam fazer...portanto, o senhor podia retirar só a parte que estava necrosada porque o tecido estava já necrosado como também podia fazer amputação”

O José acrescentou que o médico foi junto do doente com a folha do consentimento informado e disse “O senhor vai fazer uma limpeza, assine aqui” e o senhor assinou. No fim do dia, quando o José foi fazer os registos, viu que a folha estava assinada, mas pela conversa que tinha tido com o senhor não lhe parecia que ele tivesse percebido as duas possibilidades ...

Considera que há algum problema ético nesta história? Qual?

Que reflexão faz acerca desta situação?

Imagine que é o estudante José:

Que sentimentos pensa que iria experimentar perante esta situação? Por quê?

Como acha que agiria perante a mesma? Por quê?

ANEXO VI
Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Objectivo geral do estudo: explicar o processo de aquisição e desenvolvimento da competência ética nos estudantes de enfermagem ao longo do curso de licenciatura.

| Introdução | Objectivos | Questões | Observações |
|-----------------|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Relembrar o tipo de estudo e a sua finalidade; - Garantir a confidencialidade dos dados, pedindo novamente autorização para gravar a entrevista; - Assegurar a livre participação, após esclarecimento completo; - Utilizar linguagem adequada. | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar o(s) momento(s) do curso a partir dos quais os estudantes reconhecem a existência de problemas éticos; - Analisar o tipo de raciocínio feito pelos estudantes de enfermagem perante problemas éticos identificados; - Relacionar a forma como os estudantes reflectem e tomam decisões perante problemas éticos com a fase de aprendizagem em que se encontram; - Identificar factores facilitadores ou inibidores da análise, reflexão e tomada de decisão por parte dos estudantes; - Analisar a congruência entre a reflexão e acção dos estudantes. | <p>- Pode descrever-me pormenorizadamente uma situação que tenha vivido em ensino clínico e que tenha considerado problemática?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar outras questões que considere pertinentes para clarificar algum aspecto - Acrescentar questões que vão surgindo ao longo da análise e interpretação dos dados |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a necessidade do participante acrescentar algum dado que considere pertinente | <p>- Quer acrescentar mais algum aspecto que considere importante?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a motivação do participante para manter a comunicação |

ANEXOS EM SUPORTE DIGITAL

Segmentos de textos das vinhetas codificados no programa MAXQDA

Segmentos de textos das entrevistas, relatos e observações codificados no programa MAXQDA